PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU,
TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOW. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

ROK LI—1912.



KRAKÓW
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1912.


C. R. BIBLIOTHECA
VNIV. IAGELL.
CRACOVIENSIS

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie LI „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i prace, dokonane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Piśmiennictwo bieżące (Streszczenia).

W każdym numerze.

IV. Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

V. Życiorysy.

VI. Zjazdy naukowe.

VII. Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie Wydz. matem.-przyr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenia lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Towarzystwo stomatologów polskich w Krakowie.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

IX. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

X. Nekrologia.

XI. Bibliografia.

Co miesiąc, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW.

Rok LI. Kraków, dnia 6. stycznia 1911. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

owy okres pracy rozpoczynamy z temisamemi hasłami i celami, które wytknęli »Przeglądowi lekarskiemu« jego założyciele przed laty pięćdziesięciu.

Postęp nauk lekarskich szedł przez te lat pięćdziesiąt krokiem olbrzymim. I u nas nastąpił taki rozwój medycyny, o jakim przed pół wiekiem może nawet nie marzono, a przynajmniej nie spodziewano się go tak rychło. Ale warunki pracy, wówczas prawie równe we wszystkich ogniskach naszego ruchu umysłowego, dzisiaj różnią się w nich bardzo. Nasza twórczość naukowa walczyć dziś musi w dwu dzielnicach z coraz większemi przeszkodami. Działa na nas coraz więcej wpływów rozbieżnych. Skupić działanie nasze w jeden ożywczy a silny prąd, utrzymać polską pracę naukową w rodzimem wspólnem łożysku — coraz trudniej.

Czasopismom lekarskim polskim przybywa stąd nowe, coraz ważniejsze i większe zadanie, być łącznikiem, być przeciwwagą tego sztucznego rozdziału.

W bratnim z niemi szeregu pójdziemy i to zadanie wypełnić.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Z dziedziny badań nad rakiem.

Podał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

Część I.

Krew chorych na raka żołądka okazuje w pewnym okresie rozwoju sprawy chorobowej już przy oglądaniu gołem okiem własności odmienne, jak w stosunkach prawidłowych u zdrowego człowieka, gdyż jest bardziej krzepliwa, zawiera większą ilość surowicy i jest bledsza. Nie ulega też wątpliwości, iż ten odmienny wygląd krwi jest skutkiem pewnych nieprawidłowości zarówno w samych krwinkach czerwonych, jak i w surowicy, które to nieprawidłowości powstają pod wpływem zatruwania się ustroju istotami wydzielanemi z komórek nowotworowych. W miarę nagromadzania się coraz większej ilości szkodliwych przetworów wydzielniczych komórek rakowych w ustroju i wytwarzania się coraz to większego charłactwa ogólnego, skład krwi, a tem samem krwinki czerwone i surowica ulegają coraz to większej zmianie.

Śledzenie własności krwinek czerwonych i surowicy krwi chorych na raka żołądka stanowi myśl przewodnią niniejszej pracy. W tym celu badałem krew 23 chorych na raka żołądka. U wszystkich spostrzegano znaczne ogólne charłactwo i właściwe zachowanie się treści żołądkowej; w 18 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne. W 21 przypadkach ilość hemoglobiny wahała się między 20—55° (Sahli), średnio 35° (Sahli); ilość krwinek białych wynosiła 8—$9^1/_2$ mil; ilość krwinek czerwonych wahała się między $1^1/_2$—3 mil., średnio $2^1/_2$ mil. w 1 cm. W dwóch tylko przypadkach, gdzie obok zmian nowotworowych w żołądku znajdowały się bardzo liczne przerzuty na otrzewnej i w gruczołach chłonnych otrzewnych, obraz hematologiczny, pomimo ogólnego znacznego charłactwa, zachowywał się odmiennie, gdyż ilość hemoglobiny wynosiła 70 i 92° (Sahli), a ilość krwinek czerwonych 5 i $5^1/_2$ mil. Pod drobnowidem w świeżych preparatach krwinki czerwone układały się zawsze w ruloniki, okazywały nieznaczną poikilocytozę i były bledsze. Krew zawsze bardziej krzepliwa, zawierała dużo surowicy, a krwinki czerwone skupiały się silniej w osadzie, niż w warunkach prawidłowych. Badania wykonywano niejednokrotnie na 2 i 10 dni przed śmiercią.

Krwinki czerwone i surowicę przygotowywano do doświadczeń w następujący sposób:

Krew utoczoną wśród ostrożności aseptycznych przez nakłucie żyły środkowej — po odwłóknieniu i odwirowaniu — pozostawiano w jednej połowie najpierw przez 6 godzin w cieplarce przy 37° C, a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej, a w drugiej połowie przez 24 godzin bez przerwy w cieplarce (37° C). Po 24-godzinnem odstaniu oddzielano surowicę od osadu krwinek czerwo-

nych i uzyskiwano naówczas krwinki czerwone nieopłukane i surowicę. Aby zaś otrzymać i krwinki czerwone opłukane, bez śladów domieszki surowicy, oddzielano już po 6-godzinnem odstaniu krwi w cieplarce surowicę od osadu i wypłukiwano dwukrotnie osad krwinek czerwonych przy pomocy wirownicy rozczynem fizyologicznym (0·85%) NaCl, pozostawiając nadal osad tychże krwinek czerwonych przez 18 godzin w rozczynie soli w ciepłocie pokojowej.

Następnie poddawano zawsze przez 24 godzin (a niekiedy i dłużej) w ciepłocie 37° C krwinki czerwone opłukane i nieopłukane działaniu: 1) czystej surowicy równoimiennej rakowej, t. j. otrzymanej z tego samego osobnika, 2) surowicy równoimiennej rakowej w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl (0·85%), 3) kropli perhydrolu 3% w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl, 4) odczynnika Uffelmanna w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl, 5) odczynnika Uffelmanna, perhydrolu, surowicy równoimiennej w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl, a wreszcie 6) badano zachowanie się krwinek czerwonych, normalnych, opłukanych i nieopłukanych, wobec zadziałania równoczesnego odczynnika Uffelmanna, perhydrolu i surowicy rakowej w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego NaCl. Nadmienić należy, iż wskazanem jest używać zawsze świeżego rozczynu perhydrolu i odczynnika Uffelmanna (Odczynnik Uffelmanna: 1 kropla 10% ferri sesquichlorati + 10 rozczynu 1% wody karbolowej; rozczyn 3% perhydrolu: 4 krople perhydrolu Mercka + 36 kropli wody przekroplonej).

Poszczególne doświadczenia przedstawiają się następująco:

a) Krew poprzednio odwłókniona i odwirowaną pozostawiono w jednej części w cieplarce przez 6 godzin w ciepłocie 37° C i następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α), a w drugiej części bez przerwy w cieplarce w ciepłocie 30° C. przez 24 godz. β), poczem kroplę krwinek czerwonych, zebranych zapomocą pipety z dna wirownicy, rozcieńczano w różnym stosunku czystą surowicą równoimienną rakową i wstawiano do cieplarki na 24 godzin. Naówczas zauważono.

Rozcieńczenie $^1/_{10}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 10 kropli surowicy).

α) Badano 4 przypadki. Pod drobnowidem dwa razy widoczne grudki zlepionych lub skupionych krwinek czerwonych; raz liczne ruloniki krwinek czerwonych; raz zupełna hemoliza.

β) Gdy zaś krew poprzednio pozostawała w cieplarce przez 24 godzin, stwierdzano zawsze znaczną hemolizę obok nielicznych utrzymanych okrągłych i nieznacznie napęczniałych krwinek czerwonych.

Rozcieńczenie $^1/_{20}$ (1 kropla krwinek + 20 kropli surowicy).

α) Badano 4 przypadki pod drobnowidem: 3 razy liczne ruloniki, raz skąpe grudki krwinek skupionych obok dość licznych poikilocytów (więcej niż we krwi świeżej).

β) Po poprzedniem 24-godzinnem pozostawieniu w cieplarce w 3 przypadkach (badano tylko 3 przypadki) obraz różny, gdyż, a) raz przeważały liczne ruloniki krwinek czerwonych, b) drugi raz znajdowały się krwinki odosobnione, okrągłe, nieznacznie napęczniałe, c) trzeci raz wystąpiła znaczna hemoliza, a krwinki czerwone dość licznie nagromadzone, okrągłe, nieznacznie napęczniałe.

Rozcieńczenie $^1/_{30}$ (1 kropla krwinek + 30 kropli surowicy).

α) Badano 3 przypadki pod drobnowidem: raz bardzo liczne ruloniki obok skąpych napęczniałych i prawidłowych odosobnionych krwinek czerwonych i nieznaczna poikilocytoza.

β) Po poprzedniem 24-godzinnem pozostawieniu w cieplarce krwinki prawie niezmienione w porównaniu z krwią świeżą, tylko są odosobnione, nie układają się w ruloniki (drobne, okrągłe, kolczaste, skąpe poikilocyty, nieznacznie miejscami napęczniałe).

Rozcieńczenie $^1/_{40}$ i $^1/_{50}$ (1 kropla krwinek + 40 i + 50 kropli surowicy).

Obraz drobnowidowy zawsze ten sam (α i β); krwinki odosobnione, kolczaste, okrągłe, tu i owdzie napęczniałe, prawidłowej wielkości obok skąpych poikilocytów; wogóle bledsze.

Rozcieńczenie $^1/_{60}$, $^1/_{80}$, $^1/_{90}$, $^1/_{100}$, $^1/_{130}$ (1 kropla krwinek + 60, 80, 90, 100, 130 kropli surowicy).

α) Liczne ruloniki krwinek czerwonych; poikilocytoza.

β) Po poprzedniem 24-godzinnem pozostawieniu w cieplarce: krwinki odosobnione, w ilości zmniejszonej, o prawidłowej postaci.

Pozostawiając przez 6 dni w cieplarce rozcieńczenia $^1/_{20}$—$^1/_{50}$ (w przypadkach, gdzie krew poprzednio już 24-godzin pozostawała w cieplarce) zauważono tylko liczebne zmniejszenie się krwinek czerwonych, przyczem ich kształt nie ulega zmianie wybitniejszej, podczas gdy krew po poprzedniem pozostawieniu jej na 6 godzin w cieplarce, a następnie na 18 godzin w ciepłocie pokojowej, ulegała już po 3 dniach działania 37° C. w rozcieńczeniach $^1/_{10}$, $^1/_{20}$, $^1/_{100}$ zupełnej hemolizie.

Różnica w przyrządzaniu krwi do doświadczeń nie jest obojętną. Odmienny bowiem wynik otrzymaliśmy zależnie od okoliczności, czy krew poprzednio pozostawała pod działaniem ciepłoty 37° C. przez 6 godzin, a następnie w ciepłocie pokojowej przez 18 godzin, czy też bez przerwy przez 24 godzin w ciepłocie 37° C. W pierwszym przypadku można było stwierdzić, iż słabsze rozcieńczenia kropli krwinek równoimienną surowicą rakową wywołują przeważnie stan skupienia się krwinek czerwonych w grudki (niekiedy i zlepianie się), a rzadko hemolizę, podczas gdy silniejsze rozcieńczenia $^1/_{40}$ — $^1/_{50}$ wywołują ich odosobnienie, a znaczne rozcieńczenia $^1/_{60}$, $^1/_{80}$, $^1/_{90}$, $^1/_{100}$, $^1/_{130}$ wytwarzają obraz zbliżony do prawidłowego, t. j. układanie się krwinek czerwonych w ruloniki. Hemoliza występuje w słabszych rozcieńczeniach ($^1/_{10}$); w silniejszych i silnych rozcieńczeniach surowicą równoimienną nie stwierdzono hemolizy, tylko krwinki czerwone jakby co do ilości zmniejszone. Również przy silnych rozcieńczeniach ($^1/_{60}$—$^1/_{130}$) zauważono poikilocytozę, podczas gdy w słabszych rozcieńczeniach ($^1/_{10}$—$^1/_{50}$) krwinki czerwone miały przeważnie postać prawidłową i były miejscami nieznacznie tylko napęczniałe. Natomiast skoro odpowiednie rozcieńczenia krwinek czerwonych surowicą wstawiono na 3 dni do cieplarki (37° C.), występowała zawsze hemoliza, niezależnie od rozcieńczenia, (a więc przy rozcieńczeniu: $^2/_{10}$, $^1/_{20}$, $^1/_{100}$).

Inaczej rzecz się miała w drugim szeregu doświadczeń, gdzie krew poprzednio pozostawała bez przerwy w ciepłocie 37° C. przez 24 godzin. Naówczas w słabych rozcieńczeniach już po 24-godzinnem zadziałaniu 37° C. stwierdzono znaczniejszą hemolizę, podczas gdy w miarę silniejszych rozcieńczeń $^1/_{30}$, $^1/_{40}$, $^1/_{50}$ i t. d.... $^1/_{130}$ krwinki czerwony były zawsze odosobnione, nie okazywały skłonności do skupiania się, a względnie układania w ruloniki, przyczem kształt ich nie ulegał zmianie wybitniejszej, nawet

skoro następnie przez 6 dni pozostawiono pod działaniem 37° C. w cieplarce krwinki w rozcieńczeniach 1/20—1/50.

b) Krew odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano w jednej części najpierw przez 6 godzin w cieplarce (37° C.), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α); w drugiej zaś części w cieplarce bez przerwy przez 24 godzin β). Następnie kroplę krwinek czerwonych, zebraną z dna osadu zapomocą pipety, rozcieńczano 4 cm³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i dodawano w różnym stosunku surowicę równoimienną rakową. Po 24-godzinnem zadziałaniu w cieplarce ciepłoty 37° C. rzecz przedstawiała się następująco:

Rozcieńczenie 1/2, 1/4, 1/8, 1/10 (t. j. 1 kropla krwinek czerwonych + 2, 4, 8, 10 kropli surowicy).

Badano 13 przypadków. Brak jakiegokolwiek strątu makroskopowo lub mikroskopowo. Krwinki czerwone odosobnione, nie układają się w ruloniki, ani nie skupiają się w grudki; są przeważnie gwiazdkowate, drobno okrągłe i w skąpej ilości nieznacznie napęczniałe.

Rozcieńczenie 1/16 (t. j. 1 kropla krwinek + 16 kropli surowicy).

Badano 13 przypadków; wykonano 17 razy odczyn. Również ani makroskopowo, ani mikroskopowo nie stwierdzono skupiania się krwinek czerwonych. Pod drobnowidem w 64·7% wystąpiła silna poikilocytoza, a krwinki okazywały kształt nieregularny i były silnie napęczniałe; w 35·2% poikilocytoza nieznaczna, nieco większa niż we krwi świeżej, nierozcieńczonej. W 5·8% zauważono znaczniejszą hemolizę (pod drobnowidem cienie prawie tylko krwinek), a w 64·7% krwinki czerwone były w większej lub mniejszej ilości wyługowane. Podobnie, skoro krew poprzednio przez 24 godzin bez przerwy pozostawiono w cieplarce: tylko znaczna poikilocytoza wystąpiła w 35·7%, a znaczniejsza hemoliza w 7.1%; zresztą krwinki czerwone były okrągłe, odosobnione, nieco napęczniałe.

Rozcieńczenie 1/20 (t. j. 1 kropla krwinek + 20 kropli surowicy).

Pod drobnowidem znaczna poikilocytoza i hemoliza; mniejsza przy poprzedniem pozostawieniu 24-godzinnem krwi w cieplarce.

Rozcieńczenie 1/30 (t. j. 1 kropla krwinek + 30 kropli surowicy).

Badano 6 przypadków; wykonano 7 razy odczyn. W 83.3% znaczna poikilocytoza: krwinki miernie napęczniałe, w dość znacznym stopniu wyługowane; w 16·6% zupełna hemoliza. Skoro zaś krew poprzednio znajdowała się w cieplarce przez 24 godzin, naówczas poikilocytoza okazywała zawsze słabsze nasilenie, a krwinki czerwone były w większej lub mniejszej ilości wyługowane; nigdy nie zauważono zupełnej hemolizy.

Surowica równoimienna rakowa wobec krwinek czerwonych w rozczynie fizyologicznym (0·85%) NaCl nie wywołuje ani makroskopowo ani mikroskopowo strątu; pod drobnowidem krwinki czerwone zawsze odosobnione. W słabych rozcieńczeniach (1/10) krwinki czerwone okazują wejrzenie prawie prawidłowe; w silniejszych rozcieńczeniach (począwszy od 1/16—1/60) zauważono znaczną poikilocytozę, która wzmagała się w miarę większej ilości dodanej równoimiennej surowicy rakowej. Przy zadziałaniu większej ilości surowicy rakowej równoimiennej krwinki czerwone okazywały mniejszą skłonność do pęcznienia. W słabych rozcieńczeniach i silnych (1/10 i 1/60) brak hemolizy, w rozcieńczeniu średniem (1/20 i 1/30) występuje hemoliza, zwłaszcza jeśli do doświadczeń użyto krwi, która poprzednio najpierw przez 6 godzin znajdowała się w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej.

c) Krew odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano w jednej połowie najpierw przez 6 godzin w cieplarce 37° C., potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α), a w drugiej połowie bez przerwy w cieplarce przez 24 godzin β). Następnie z każdej z tych ilości zapomocą pipety z dna próbówki zebraną kroplę krwinek czerwonych, rozcieńczano w 4 cm³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl wielokrotną ilością równoimiennej surowicy rakowej i kroplą świeżego rozczynu 3% perhydrolu, potrząsając za każdym razem rurką odczynnikową w celu jednostajnego rozdzielania krwinek czerwonych i surowicy; poczem rozcieńczenia wstawiano na dalsze 24 godzin do cieplarki (37° C.). Wynik następujący:

Rozcieńczenie 1/16 (t. j. 1 kropla krwinek + 16 kropli surowicy).

Badano 13 przypadków, wykonano 17 razy odczyn. α) Nigdy ani makroskopowo, ani mikroskopowo nie stwierdzono strątów ani skupiania się krwinek czerwonych. W 58·8% wystąpiła znaczna poikilocytoza, a krwinki czerwone były przeważnie znacznie napęczniałe i powiększone, rzadziej okazywały postać pręcikowatą i wydłużoną. W 52·9% wystąpiła znaczna hemoliza tak, iż na miejscu krwinek czerwonych zauważono liczne tylko cienie okrągłe, prawidłowej wielkości obok okrągłych nieco napęczniałych i skąpych poikilocytów. Skoro zaś do doświadczeń użyto krwi, która β) poprzednio bez przerwy pozostawała w ciepłocie 37° C. przez 24 godzin, obraz podobny można było stwierdzić ze względu na brak mikroskopowego i makroskopowego strątu. Natomiast silną poikilocytozę zauważono tylko w 50%, przyczem krwinki czerwone były mniej napęczniałe, a w 21·4% silną hemolizę (prawie w zupełności). Zresztą krwinki czerwone odosobnione, nieco napęczniałe, okrągłe lub gwiazdkowate, z tą samą ilością poikilocytów, co w krwi świeżej i nierozcieńczonej.

Rozcieńczenie 1/20 (t. j. 1 kropla krwinek + 20 kropli surowicy).

Znaczna poikilocytoza; krwinki nieliczne wyługowane (do doświadczeń użyto tylko krwi, która najpierw przez 6 godzin pozostawała w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α).

Rozcieńczenie 1/30 (t. j. 1 kropla krwinek + 30 kropli surowicy).

Badano 5 przypadków; wykonano 5 razy odczyn. W 80% wystąpiła znacznego stopnia poikilocytoza (napęczniałe, duże krwinki czerwone) obok niejednostajnego większego wyługowania krwinek czerwonych. W 20% brak poikilocytozy, atoli znaczna hemoliza. Przy użyciu krwi, która bez przerwy pozostawała w cieplarce przez 24 g., zawsze występowała znaczna poikilocytoza obok dość znacznego wyługowania krwinek czerwonych z barwika krwi.

Rozcieńczenie 1/60 (t. j. 1 kropla krwinek + 60 kropli surowicy).

Znaczna poikilocytoza; krwinki czerwone w skąpej ilości wyługowane.

Do doświadczeń użyto 16, 20, 30, 60-krotnej ilości surowicy równoimiennej rakowej. W przypadkach, w których krew poprzednio pozostawała 6 godzin w cieplarce, a 18 godzin w ciepłocie pokojowej, po zadziałaniu 16-krotnej ilości surowicy równoimiennej rakowej na krwinki czerwone prawie na równi można było stwierdzić jużto znaczną poikilocytozę, jużto hemolizę. Przy dodaniu 20, 30, 60-krotnej ilości tejże surowicy wzmagała się (w miarę większej ilości) poikilocytoza, a zmniejszała hemoliza, tak

że przy 6-krotnem rozcieńczeniu surowicą poikilocytoza była bardzo znaczna, a krwinki czerwone w skąpej ilości były wyługowane. Skoro zaś do doświadczeń użyto krwi, poprzednio przez 24 godzin pozostającej w cieplarce przy 30° C., wynik naogół był podobny, tylko zjawisko hemolizy ujawniło się w znacznie słabszym stopniu.

d) Krew odwłóknioną pozostawiano w jednej połowie najpierw przez 6 godzin w ciepłocie 37° C. (w cieplarce), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej α); a w drugiej połowie przez 24 godziny bez przerwy w cieplarce (37° C.) β). Następnie rozcieńczano 2 krople krwinek czerwonych zapomocą pipety z dna osadu w 4 cm rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i dodawano w połowie doświadczeń po 1 kropli 3% świeżo sporządzonego rozczynu perhydrolu, a do wszystkich prócz tego po 1/2 cm³ świeżego odczynnika Uffelmanna. Wówczas (badano 23 przypadki) po dokładnem zakłóceniu rurek odczynnikowych wytworzył się w 98% wyraźny strąt, szybko powstający (w kilka minut). Odczyn ten występował bardzo wybitnie zarówno przy użyciu krwinek czerwonych nieopłukanych, jak i opłukanych w rozczynie fizyologicznym NaCl, skoro krew poprzednio przez 24 godzin się odstała; gdy wykonywano bowiem powyższe doświadczenie z krwią świeżą lub w 48 godzin i później po utoczeniu, czasami brak było strątu lub strąt zaznaczał się w słabszem nasileniu.

Ważnem jest, aby krew poprzednio dobrze odwirować, gdyż w razie nienależytego odwirowania (w jednem i tem samem doświadczeniu) wynik może być różny, co odnieść należy najprawdopodobniej do domieszki surowicy równoimiennej, niejednostajnie pośród osadu krwinek rozdzielonej. Toż samo i zbytnie opłukiwanie krwinek czerwonych w rozczynie fizyologicznym (0·85%) NaCl nie jest obojętne, ponieważ przez to krwinki czerwone mogą być w większej lub mniejszej ilości wyługowane z istot białkowatych, a tem samem zmienić swe własności. Niejednokrotnie mogliśmy też stwierdzić, iż używając do doświadczeń krwinek czerwonych opłukanych w rozczynie soli kuchennej i nieopłukanych, z tego samego przypadku chorobowego pochodzących, otrzymywaliśmy wynik nieco odmienny. W przebiegu żółtaczki lub po wykonaniu gastroenterostomii częstokroć odczyn powyższy wypadał ujemnie.

e) Krew odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano w cieplarce (37° C.) przez 24 godzin. Kroplę krwinek czerwonych zebraną zapomocą pipety z dna probówki rozcieńczano 4 cm.³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i surowicą rakową równoimienną w różnej ilości, wstrząsając za każdym razem rurką odczynnikową w celu jednostajnego zmieszania krwinek czerwonych i dodanej surowicy. Do połowy ilości rurek odczynnikowych dodawano i po jednej kropli świeżego rozczynu perhydrolu 3%. Następnie po zakłóceniu dodawano do wszystkich rozcieńczeń (tak z dodatkiem perhydrolu, jak i bez tegoż) po 1/2 cm. świeżego odczynnika Uffelmanna i po dokładnem zmieszaniu wstawiano te rozcieńczenia na 24 godzin do cieplarki.

Wynik następujący:

Rozcieńczenie 1/2 (t. j. 1 kropla krwinek + 2 krople surowicy):

Badano 11 przypadków; wykonano odczyn 14 razy. Wyraźny strąt makroskopowo stwierdzono w 64·2%, a wogóle pod drobnowidem zdolność skupiania się w grudki krwinek czerwonych w 71·5%. W 14·2% nie stwierdzono strątu ani makroskopowo ani mikroskopowo. Krwinki czerwone były przeważnie prawidłowej wielkości i postaci, niekiedy nieznacznie napęczniałe. Zawsze prawie, gdyż w 88·8%, można było stwierdzić znaczne wyługowanie barwika krwi, tak iż na miejscu krwinek czerwonych pozostały tylko cienie. Odmiennie, gdy dodano i perhydrolu. Badano 10 przypadków, a wykonano 12 odczynów. We wszystkich przypadkach (100%) stwierdzono gołem okiem wyraźny strąt, polegający na skupieniu krwinek czerwonych obok odosobnionych okrągłych krwinek czerwonych. W 91·6% zauważono znaczne wyługowanie krwinek czerwonych, t. j. tylko cienie; zresztą krwinki czerwone były bledsze, prawidłowej postaci i wielkości.

Rozcieńczenie 1/4 (t. j. 1 kropla krwinek + 4 krople surowicy):

Badano 11 przypadków; wykonano 15 razy odczyn. W 13·3% wystąpił strąt makroskopowo, polegający jużto na zlepności, jużto na skupianiu się krwinek czerwonych. Pod drobnowidem zauważono w 42·7% skąpe grudki skupionych krwinek czerwonych; zresztą krwinki czerwone były przeważnie okrągłe, nieco napęczniałe, miejscami gwiazdkowate; bledsze. Poikilocytoza nieznaczna. W 33·3% dość znaczne wyługowanie krwinek czerwonych z barwika krwi (tu i owdzie cienie). Odmiennie przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu. Naówczas zawsze brak makroskopowo strątu. Drobnowidowo stwierdzono w 71·4% strąt, który w 99% polegał na skupieniu, a w 1% na zlepności krwinek czerwonych w skąpych drobnych grudkach. Obok skąpych grudek znajdowały się liczne odosobnione krwinki czerwone, słabo napęczniałe, miejscami tylko więcej napęczniałe lub gwiazdkowate. W 14·2% znaczniejsza nieco poikilocytoza (krwinki napęczniałe obok postaci wydłużonych, pręcikowatych, wiotkich (flexil). W 28·5% wystąpiła znaczniejsza hemoliza, tak iż z ciałek krwi czerwonych poskupianych lub odosobnionych pozostały tylko cienie; zresztą krwinki czerwone były zawsze wyługowane jużto w większym, jużto w mniejszym stopniu.

Rozcieńczenie 1/8 (t. j. 1 kropla krwinek + 8 kropli surowicy):

Badano 11 przypadków; wykonano 14 odczynów. Makroskopowo nie zauważono ani razu strątu, natomiast drobnowidowo w 21·3% spostrzegano skąpe grudki skupionych okrągłych krwinek czerwonych; zresztą krwinki prawidłowe, miejscami napęczniałe. W 14·2% wystąpiła znaczniejsza poikilocytoza, przeważnie z postaciami pręcikowatemi i gruszkowatemi; w 41·4% nieznaczna poikilocytoza; w 14·2% wystąpiła znaczniejsza hemoliza; zresztą krwinki były blade i niejednostajnie wyługowane.

Przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu obraz był prawie taki sam, tylko częściej, bo w 42·7%, spostrzegano znaczniejszą poikilocytozę, a rzadziej hemolizę, bo w 7·1% wystąpiły tylko cienie w miejscu krwinek czerwonych.

Rozcieńczenie 1/12 (t. j. 1 kropla krwinek + 12 kropli surowicy):

Badano 11 przypadków; odczyn wykonano 16 razy. Nigdy nie zauważono ani makroskopowo ani mikroskopowo strątów lub zlepów. W 12·5% stwierdzono znaczniejszą poikilocytozę; zresztą była ona nieznaczna, prawie w tym stopniu, jak we krwi świeżej. Krwinki czerwone prawie zawsze były okrągłe, gwiazdkowate, jak w stosunkach prawidłowych; miejscami nieznacznie napęczniałe. W 18·7% stwierdzono znaczniejszą hemolizę; w 37·4% krwinki były wyługowane z barwika w większej lub mniejszej części.

Przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu makroskopowo nigdy nie stwierdzono strątów, atoli w 9% znajdowały się pod drobnowidem skąpe grudki skupionych krwinek czerwonych. W 36·3% wystąpiła silna poikilocytoza, a krwinki czerwone były nieznacznie napęczniałe; w 45·4% nieznaczna poikilocytoza. Zresztą krwinki czerwone były

odosobnione o prawidłowej wielkości i postaci. W 18·1% dostrzeżono znaczniejszą hemolizę, t. j. cienie tylko, a w 36·3% krwinki czerwone już to więcej, już to mniej były wyługowane. W przypadkach znaczniejszej hemolizy cienie krwinek czerwonych okazywały wielkość prawidłową i były okrągłe.

Odczynnik Uffelmanna wobec małych ilości surowicy rakowej równoimiennej wywołuje w rozczynie fizyologicznym (0·85%) NaCl kropli krwinek czerwonych stan skupiania się tychże krwinek czerwonych w miernem nasileniu, co się objawia makroskopowo powstawaniem strątu w rurce odczynnikowej, a mikroskopowo wytwarzaniem się grudek krwinek czerwonych. Odczyn makroskopowy spotykano przy zadziałaniu 2-krotnej ilości surowicy równoimiennej w 65%, a przy zadziałaniu 4-krotnej ilości tejże surowicy w 13% przypadków; brakował zupełnie przy dodawaniu większej (8 i 12-krotnej) ilości surowicy. Również słabiej występował odczyn mikroskopowy i to w stosunku odwrotnym do ilości dodanej surowicy równoimiennej rakowej, tak iż pod drobnowidem zauważono grudki krwinek czerwonych skupionych przy zadziałaniu 2-krotnej ilości w 71%, — 4-krotnej w 42%, — 8-krotnej zaledwie w 21% przypadków, a przy 12-krotnej ilości tejże surowicy już zawsze tylko odosobnione pojedynczo ułożone krwinki czerwone. Wobec małej ilości surowicy równoimiennej (2, 4-krotnej) krwinki okazywały miejscami nieznaczne napęcznienie, zresztą postać prawidłową; natomiast przy większych ilościach tejże surowicy (8 i 12-krotnej) występowała znaczniejsza poikilocytoza (w 13%). Znaczne wyługowanie krwinek czerwonych z barwika krwi, tak iż na miejscu tychże pozostawały wyłącznie tylko cienie, wywoływała prawie zawsze dwukrotna ilość surowicy, podczas gdy w miarę zwiększonej ilości hemoliza coraz była słabsza (ograniczała się przy 8, 12-krotnej ilości do 16%).

Skoro zaś zadziałano w powyższych warunkach oprócz odczynnika Uffelmanna i perhydrolem, obraz poniekąd ulegał zmianie. Naówczas makroskopowo strąt występował zawsze przy rozcieńczeniu tylko dwukrotną ilością surowicy równoimiennej rakowej, a przy dalszych rozcieńczeniach (4, 8, 12) jedynie drobnowidowo stwierdzono skłonność skupiania się w grudki krwinek czerwonych i to w tem mniejszym stopniu, im większą była ilość dodanej surowicy (przy 4-krotnej ilości w 71·1%, a przy 12-krotnej zaledwie tylko w 9%). Krwinki czerwone przeważnie nieznacznie napęczniałe. Coraz znaczniejszą poikilocytozę spotykano dopiero w miarę zadziałania większych ilości surowicy (przy 8— i 12-krotnej w 40%). Natomiast mała ilość surowicy prawie zawsze wywoływała zupełne wyługowanie krwinek czerwonych, tak, iż po nich pozostawały tylko cienie, w miarę silniejszej zaś domieszki surowicy hemoliza była coraz mniejszą, a pod drobnowidem spotykano krwinki czerwone ilościowo i jakościowo niejednostajnie wyługowane.

f) Krew odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano najpierw w cieplarce przez 6 godzin (37° C.), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Kroplę krwinek czerwonych, zebraną zapomocą pipety z dna odnośnej próbówki, rozcieńczano 4 cm.³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) NaCl i wielokrotną ilością surowicy rakowej równoimiennej, wstrząsając za każdym razem rurką odczynnikową w celu jednostajnego rozdzielenia krwinek czerwonych i dodanej surowicy. Do połowy rurek odczynnikowych dodawano po 1 kropli 3% perhydrolu świeżo sporządzonego. Wreszcie po zakłóceniu wlewano do wszystkich rozcieńczeń (tak z perhydrolem jak i bez tegoż) po $1/_2$ cm.³ świeżego odczynnika Uffelmanna i po dokładnem zmieszaniu wstawiano je do cieplarki na 24 godzin.

Wynik doświadczeń następujący:

Rozcieńczenie $1/_2$ (t. j. 1 kropla krwinek + 2 kropli surowicy):

Badano 13 przypadków; wykonano 16 razy odczyn. Zawsze (100%) stwierdzono wyraźny strąt, w ciągu $1/_2$— 1 $1/_2$ godziny powstający, który w 75% pochodził od skupienia się krwinek czerwonych w grudki, a w 25% od ich zlepiania się. W przypadkach grudkowatych zlepień krwinki czerwone były miernie napęczniałe i okazywały słabą poikilocytozę; zresztą krwinki czerwone były gwiazdkowate lub drobno okrągłe.

Wyługowanie znaczniejsze barwika krwi, t. j. cienie krwinek czerwonych, spostrzegano w 25%, a częściowe tylko wyługowanie barwika krwi w 68·7%; w 6·3% krwinki czerwone pod drobnowidem były tylko bledsze i okazywały postacie prawidłowe, kolczaste.

Toż samo przy wykonaniu powyższych doświadczeń z dodatkiem perhydrolu, krwinki czerwone były tylko wogóle znaczniej napęczniałe, przez co w 23% wystąpiła znaczniejsza poikilocytoza.

Rozcieńczenie $1/_4$ (t. j. 1 kropla krwinek + 4 krople surowicy):

Badano 13 przypadków; wykonano 18 razy odczyn. W 11·1% stwierdzono gołem okiem strąt, który polegał na zlepianiu się krwinek czerwonych w grudki; zresztą brak makroskopowo strątu. Natomiast pod drobnowidem zauważono w osadzie skąpe grudki skupionych krwinek czerwonych w 38·8%, a w 62·2% krwinki czerwone odosobnione, przeważnie okrągłe, prawidłowej wielkości, nieznacznie napęczniałe; rzadziej kolczaste lub wydłużone. W 22·2% stwierdzono cienie krwinek czerwonych, a w 33·3% mniej lub bardziej liczne krwinki czerwone wyługowane; w 16·6% wystąpiła nieznaczna poikilocytoza. Przy zadziałaniu oprócz odczynnika Uffelmanna i perhydrolu rzecz przedstawiała się nieco odmiennie. W 44·4% stwierdzono gołem okiem strąt, który prawie zawsze polegał na skupieniu krwinek czerwonych, a raz tylko na ich zlepieniu się, podczas gdy drobnowidowo w 83·3% spostrzegano skąpe grudki skupionych krwinek czerwonych; w 16·6% nie można było makroskopowo ani mikroskopowo zauważyć skupienia krwinek czerwonych, a w osadzie znajdowały się naówczas odosobnione krwinki czerwone w przeważnej ilości powiększone i napęczniałe a miejscami pręcikowate, wydłużone, jako wyraz miernej poikilocytozy.

Zazwyczaj krwinki czerwone okazywały kształt i wielkość prawidłową i były już to więcej, już to mniej wyługowane z barwika; w 16·6% spostrzegano liczne cienie krwinek czerwonych.

Rozcieńczenie $1/_8$ (t. j. 1 kropla krwinek + 8 kropli surowicy):

Badano 13 przypadków; wykonano 18 odczynów. Makroskopowo brak strątu, natomiast drobnowidem stwierdzono w 27·7% drobne skupione grudki okrągłych krwinek czerwonych. W 50% znaleziono mierną poikilocytozę, krwinki czerwone były nieznacznie napęczniałe; zresztą zachowywały się prawidłowo i były tylko bledsze. W 5·5% spotkano liczne cienie krwinek czerwonych. Nieco odmienne przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu. Naówczas w 5·5% zauważono makroskopowo strąt, a pod drobnowidem wogóle stwierdzono skąpe grudki krwinek czerwonych w 27·7%. Krwinki czerwone w 66·6% okazywały

znacznego stopnia poikilocytozę; były odosobnione, przeważnie powiększone, napęczniałe, kształtu nieregularnego; rządziej gwiazdkowate i nieznacznie tylko napęczniałe. Znaczniejsze wyługowanie krwinek czerwonych z barwika zauważono w 5·5%.

Rozcieńczenie $^1/_{12}$ (t. j. 1 kropla krwinek + 12 kropli surowicy):

Badano 13 przypadków; wykonano 17 odczynów. Nigdy nie stwierdzono ani makroskopowo, ani mikroskopowo strątu, skupienia lub zlepności krwinek czerwonych. W 35·3% wystąpiła słabego stopnia poikilocytoza, przyczem krwinki czerwone były pręcikowate i okrągłe, gwiazdkowate. W 17·6% zauważono pod drobnowidem tylko same cienie na miejscu krwinek czerwonych wskutek znacznej hemolizy; w 21·1% krwinki czerwone już to w większej, już to w mniejszej ilości były wyługowane z barwika krwi; zresztą tylko bledsze.

Inaczej, gdy obok odczynnika Uffelmanna zadziałano i perhydrolem.

Naówczas w 12·5% wystąpił słaby strąt makroskopowo, który polegał już to na skupieniu, już to na zlepności krwinek czerwonych. Zawsze (100%) znaczna poikilocytoza, a krwinki czerwone w przeważnej ilości znacznie napęczniałe, nieregularne, rzadko pręcikowate, okrągłe. W 31·2% zauważono miernego tylko stopnia wyługowanie krwinek czerwonych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki lekarskiej Prof. dra A. Gluzińskiego i z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego.

O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach tz. gośćcowych ostrych

podali

Doc. dr Maryan Franke

i

Helena Schusterówna,

demonstratorka Zakładu anatomo-patologicznego.

Na podstawie dotychczasowego doświadczenia klinicznego i w myśl obecnych zapatrywań możemy twierdzić, że ostry gościec stawowy i sprawy z nim związane, jak zapalenie wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego, na tle gośćcowem itd. jest schorzeniem, wywołanem przez zakażenie drobnoustrojami. Za tem przemawia cały przebieg kliniczny schorzenia i podobieństwo do schorzeń powstałych w przebiegu innych chorób, w których tło i rodzaj zakażenia nie ulega wątpliwości. Jasnem było, że zgodnie z zapatrywaniem co do tła drobnoustrojowego badania nad etyologią gośćca skierowano przedewszystkiem w dwu kierunkach, starając się wykazać: 1) rodzaj drobnoustrojów, któreby wywoływały ostry gościec stawowy i sprawy mu pokrewne, i 2) wrota zakażenia, któremi te drobnoustroje dostają się do ustroju człowieka. Wyjaśnienie tych dwu punktów mogłoby ostatecznie oświetlić patogenezę cierpienia i dałoby nam broń do leczenia tych spraw.

Usiłowania celem wykrycia drobnoustrojów chorobotwórczych gośćca w pewnej grupie przypadków zostały uwieńczone rzeczywiście wynikiem dodatnim. Jedna grupa badaczy bowiem w pewnej liczbie przypadków typowego ostrego gośćca stawowego wykazała we krwi lub w nalotach zastawek sercowych obecność zwykłych ropotwórczych drobnoustrojów, więc gronkowce lub paciorkowce ropotwórcze itd. Na tle tych badań powstało zapatrywanie, że ostry gościec stawowy jest tylko stanem ropnicowym o słabszem nasileniu, wywołanym przez drobnoustroje ropnicowe o zmniejszonej zakaźności. Inna grupa badaczy znowu starała się wykazać drobnoustroje swoiste (specyficzne) dla gośćca stawowego, nie uznając zapatrywania, że on jest tylko stanem ropnicowym o słabszem nasileniu, przyznając jednak, że istnieją stany ostrego zapalenia stawów na tle ropnicowem, lecz te nie mają nic wspólnego z jednostką chorobową, znaną pod nazwą ostrego gośćca stawowego. I tak Detre opisuje drobnoustrój swoisty dla gośćca, który należy do grupy prątków pseudodyfterytycznych, a okazuje na pożywkach znaczną skłonność do zmiany postaci (polimorfizm) i nazywa go »corynebakterium rheumaticum«. Mniejwięcej podobne spostrzeżenia podają Dungen, Schneider i M. Schüler. Poyton i Payne znowu opisują swoisty drobnoustrój »micrococcus rheumaticus«. Leyden a potem Mayer opisują swój »diplo -(strepto-)coccus gracilis«, jako »właściwy« wywołujący ostry gościec stawowy, a Achalme prątek »właściwy«, rozwijający się na pożywkach bez przystępu powietrza, który później znajdował Thiroloix i Rosenthal. O innych, drobnoustrojach »właściwych«, znajdowanych przez innych autorów, już nie chcę wspominać, bo są to spostrzeżenia odosobnione.

Badania ostatnich lat, przeprowadzone z uwzględnieniem możliwej ścisłości naukowej, nie potwierdziły jednak tych wszystkich spostrzeżeń. W całym szeregu przypadków typowego ostrego gośćca i spraw z nim związanych, przy uwzględnieniu obecnej ścisłości, nie można było wykazać żadnych drobnoustrojów, któreby można było uważać za swoiste, wywołujące ostry gościec. Krytyka ścisła dotychczasowych wyników dodatnich każe nam, jak obecnie, zapatrywać się bardzo sceptycznie na swoistość opisywanych drobnoustrojów właściwych dla gośćca. Czy istnieją i jak wyglądają drobnoustroje wywołujące ostry gościec stawowy i sprawy mu pokrewne i gdzie ich szukać należy, te pytania musimy dziś zostawić bez dodatniej odpowiedzi.

Przechodząc do sprawy drugiej, która nas obchodzi przedewszystkiem w niniejszej pracy, to jest do wrót zakażenia przy ostrym gośćcu stawowym, zaznaczyć musimy, że sprawą tą zajmowano się już od dawna, lecz wyniki dotychczasowych badań nie stały się własnością ogółu lekarzy i nie doprowadziły do wyzyskania ich praktycznego w szerokiem znaczeniu. Po nad inne zapatrywania wybija się, jak dotychczas, pogląd, że wrota zakażenia przy tych schorzeniach znajdują się w jamie ustnej i gardle, a zwłaszcza w migdałkach.

Jeszcze Fowler zwracał uwagę na to, jak często wybuch ostrego gośćca stawowego poprzedza ostre zapalenie migdałków, przypuszczając istnienie związku genetycznego między obydwoma schorzeniami. Da Costa pierwszy opisuje obraz zajęcia migdałków, nazwany przez niego »angina rheumatica«. Dla gośćca mającą być charakterystyczną i właściwą postać zajęcia migdałków (angina rheumatica) opisują także przedewszystkiem Lassègue (we Francyi), Fiedler (w Niemczech), a u nas Dmochowski. Inni znowu dopatrują się związku przyczynowego między ostrym gośćcem

stawowym, a zwykłem zapaleniem mieszkowem migdałków (angina lacunaris acuta); podobne kazuistyczne spostrzeżenia opisuje u nas Mięsowicz, uważając je jednak, w myśl wywodów Lenharza, za schorzenia septyczne, podobne tylko do ostrego gośćca stawowego. Wreszcie przedewszystkiem Gürich opisuje szczególną postać schorzenia migdałków, której przyznaje w wielu przypadkach znaczenie etyologiczne przy wystąpieniu ostrego gośćca stawowego i schorzeń mu pokrewnych. W przypadkach przez siebie spostrzeganych spotykał on przewlekłe zapalenie zagłębień migdałków (angina fossularis chronica), często z tworzeniem się czopów migdałkowych. Szkodliwy czynnik wywołujący ostry gościec stawowy znajduje się według niego właśnie w zagłębieniach migdałkowych, gdzie przebywa czasowo w stanie nieczynnym (latent), lecz zawsze zdolny do zakażenia ustroju; każde zaostrzenie sprawy zapalnej w zagłębieniach migdałków otwiera niejako bramę wejścia dla tego czynnika szkodliwego i wywołuje tem samem wystąpienie ostrego gośćca.

Mimo dotychczasowych badań tak nad rodzajem drobnoustrojów, jak i nad bramą ich wejścia przy ostrym gośćcu stawowym, sprawa etyologii tego schorzenia wymaga jednak jeszcze całego szeregu badań w obu kierunkach i to tak ze względów teoretycznych, jak i praktycznych. Dzisiejszy postęp bakteryologii i bakteryoterapii domaga się badań nad wykazaniem drobnoustrojów, wywołujących gościec. Dotychczasowe wyniki seroterapii i leczenia szczepionkami według Wrighta pozwoliłyby nam tą drogą może dojść do skutecznego leczenia ostrego gośćca stawowego i spraw z nim związanych, w chwili, skorobyśmy wykazali drobnoustrój chorobotwórczy w danym przypadku. Sprawą jednak drobnoustrojów w niniejszej rozprawce zajmować się nie chcę, wobec braku wyniku badań własnych w tym kierunku.

Przechodząc do drugiego pytania, to jest do wrót zakażenia, zaznaczyć należy, że mimo dotychczasowych wyników w tym kierunku, brak jest zrozumienia ważności tej sprawy i z tego względu postanowiliśmy ją rozpatrzyć na postawie naszego doświadczenia. Za koniecznością wyjaśnienia wrót zakażenia przy ostrym gośćcu stawowym i schorzeniach z nim związanych, a zwłaszcza celem potwierdzenia znaczenia migdałków jako wrót, przemawia i to, że, w razie potwierdzenia spostrzeżeń dotychczasowych, należałoby stanąć na stanowisku leczenia operacyjnego gośćca i nawrotów jego. Wyniki, do jakich doprowadził radykalizm operacyjny przy schorzeniu wyrostka robaczkowego i stosowanie operacyi zapobiegawczych przy tem schorzeniu zachęcają tem bardziej do tego samego radykalnego postępowania przy ostrym gośćcu stawowym, jeżeli twierdzenie, że bramą wejścia i może siedzibą czynnika szkodliwego dla gośćca są istotnie migdałki, jest słuszne.

Dowodów własnych na potwierdzenie związku między schorzeniem migdałków, a gośćcem stawowym postanowiliśmy szukać z jednej strony w spostrzeżeniach klinicznych, a z drugiej w badaniach anatomo-patologicznych zwłok tych, którzy zmarli wśród ostrego gośćca stawowego lub okazywali zmiany gośćcowe, zwłaszcza w zakresie narządu krążenia. Zwracaliśmy więc uwagę na zachowanie się migdałków w odpowiednich przypadkach i przeprowadziliśmy także równocześnie w tych przypadkach i badania bakteryologiczne, lecz wobec wyników bakteryologicznych niepewnych nie chcemy uwzględniać ich obecnie.

Nasze spostrzeżenia kliniczne podam pokrótce, dając wyciągi historyi choroby odpowiednich przypadków.

1) S. N., l. 18, w leczeniu od 22/III. do 12/IV. 1911. W wywiadach chora podaje, że w listopadzie 1910 przebyła ostre zapalenie gardła z gorączką i stanem ogólnego schorzenia, a trwało ono przez 10 dni; w połowie lutego 1911 znowu ostre zapalenie gardła trwające przez 4 dni. W marcu 4/III wystąpiło znowu ostre zapalenie gardła z gorączką mniejszą, a główny nawał trwał do 7/III; w tym dniu wystąpiły pierwsze objawy stawowe i to wprzód bóle w stawach nadgarstkowych i obrzęk odpowiednich stawów, a potem z dnia na dzień występowały kolejno zajęcia stawów nowych i to łokciowych, barkowego prawego, a wreszcie kolana lewego; w ostatnich dniach wystąpił ból i ograniczenie ruchomości w stawach biodrowych. Stan obecny: typowe ostre zapalenie stawów wielkich kończyn górnych i dolnych, bez zajęcia stawów palców; badanie serca wykazuje nad koniuszkiem przy pierwszym tonie podmuch, zresztą tony czyste, tylko II. ton nad t. płucną może silniejszy, niż prawidłowo; nad podstawą serca słabe tarcie osierdziowe; migdałki zaczerwienione, obrzękłe; mocz bez zmian. Przebieg: podnieść należy w przebiegu szybką poprawę stanu stawów po podaniu Natr. salicylicum w dużych dawkach (Natr. sal. 15,0 : 200.0 Aq. dest. Ds. 3—4—5 łyżek dziennie), tak, że do paru dni bóle i obrzęki stawów ustąpiły, a ciepłota, która w pierwszych dwu dniach dochodziła do 38·6°C., w dniu 24/III doszła do stanu prawidłowego, choć potem jeszcze czasem podnosiła się do 37·2, aby wreszcie pod koniec leczenia opaść do poziomu prawidłowego; stan serca również przy odejściu był prawidłowy, choć II. ton nad tętnicą płucną był głośniejszy, niż prawidłowy. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumatica acuta.

2) E. P., l. 29, w l. od 19/X.—11/XII. 1910. Wywiady: Chory w dzieciństwie często zapadał na bóle gardła połączone z gorączką i stanem ogólnego schorzenia; obecnie 14/X. 1910 wystąpił znowu ból gardła z bólami przy połykaniu, wystąpiła równocześnie gorączka, ogólne zmęczenie i nieokreślone bóle w nogach; następnego dnia wystąpiły bóle w stawach kończyn dolnych i to ból w stawie kolanowym prawym, potem obrzęk tegoż stawu, a z dnia na dzień występowało zajęcie coraz nowych stawów, barkowego itd. Stan obecny: Typowe ostre zapalenie dużych stawów kończyn z obrzękiem, bólem i ograniczeniem ich ruchomości; w sercu niema żadnych zmian patologicznych; mocz bez zmian; błona śluzowa gardła i migdałków zaczerwieniona, choć migdałki nie duże; ciepłota w pierwszym dniu do 39°C. Przebieg: Przez pierwszy miesiąc leczenia stan zajęcia stawów zmienny, przyczem widzimy to uspokajanie, to zaostrzanie się sprawy chorobowej; oddziaływanie na przetwory salicylowe czasowo dobre, choć występują ciągłe nawroty stawowe; od 12/XI. poprawa stała, która przechodzi w zupełną rekonwalescencyę od 3/XII; przy wyjściu stan chorego zupełnie dobry: Rozpoznanie. Polyarthritis rheumatica acuta.

3) St. W., l. 20, w leczeniu od 25/XI. 1907—15/II. 1908. Wywiady: W dzieciństwie miała nie chorować; obecnie rozchorowała się 1/XI., a wystąpiło ogólne osłabienie i bóle w nogach; 17/XI. chora zauważyła po raz pierwszy wystąpienie silnego bólu gardła z obrzękiem gruczołów na szyi; trzeciego dnia wśród bólu gardła wystąpiły bóle w stawach palców, a potem obrzęk tych stawów; potem z dnia na dzień wystąpiło zajęcie innych stawów i to stawy stopowe, nadgarstkowy lewy i łokciowy prawy itd. Stan obecny: W dzień przyjęcia ostre zapalenie stawów nadgarstkowych i łokciowego; w sercu nad koniuszkiem lekki szmer skurczowy, nad tętnicą płucną zdwojenie II. tonu i tarcie osierdziowe. Tętno 108 na min.; gardło i migdałki jednostajnie zaczerwienione, choć niepowiększone. Przebieg: Cie-

płota w dniach 25/XI do 3/XII wahała się, dochodząc do 39·1—38·8—38·2°C., od 3/XII. do 8/XII. stan bezgorączkowy; od 9/XII do 19/XII wahała się między 37—39·1 lub nawet (12/XII) 39·7°C., od 19/XII stan czasem podgorączkowy do 37·1—37·2°C., wreszcie od 1/II 1908 stan bezgorączkowy; wśród tego chora przebyła ostre wysiękowe zapalenie osierdzia i opłucnej i zapalenie na zastawce dwudzielnej; badanie krwi wykazało 28/XII 1907: Leuk.=18700 w 1 mm³, a stosunek proc. N=73%; Eoz=2%. Myel. neut. 3·4%. st., a w dniu 15/XII L=12500, N.=76·4%, Eoz=0%. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumat. acuta, pleuritis rheumat. acuta ambil. praec. sin., pericarditis exsudat. acuta, endocarditis acuta ad valv. mitr. subsequ. insuff. valv. mitralis.

4) J. B., l. 18, w leczeniu od 8/X do 5/XI 1910. Wywiady: W dzieciństwie chory przebywał ropienie gruczołów na szyi i zapalenie pryszczykowe spojówek (conjunctivitis phlyctenulosa); przed 5 laty dur brzuszny; obecnie przed dwoma tygodniami zapadł na ostre zapalenie gardła, trwające przez kilka dni, a odtąd ból gardła utrzymywał się dalej; dziesiątego dnia nagle wystąpiły bóle i obrzęki stawów, a to najprzód w kolanach, potem w stopie, palcach u nóg i w stawach biodrowych. Stan obecny: Objawy ostrego zapalenia stawów kolanowych, skokowych, biodrowych i stawów małych w karku; w sercu wykazać można podmuch przy I. tonie nad koniuszkiem, zresztą tony czyste; błona śluzowa gardła zaczerwieniona, migdałki zaróżowione, niepowiększone. Przebieg: Przy wahaniach zajęcia rozmaitych stawów ciepłota wynosiła 8/X 37·5—38·5°C, 9/X 37·6—39·5°C, 10/X—11/X 38·7—37·6°C. Odtąd do 22/X stan czasem tylko podgorączkowy do 37·1, wreszcie bezgorączkowy; objawy stawowe ustąpiły zupełnie. Badanie krwi wykazało 9/X L=17800, z tego N=81%, Eoz.=5%, a w d. 17/X 1910 L=6600. Rozpoznanie: Polyarthritis rheum. acuta in individuo cum induratione apicis pulmonis dextri.

5) J. P., l. 13, w leczeniu od 22/VII 1909. Wywiady: W dzieciństwie chora przebywała kur, krztusiec i ospę wieczną, a w 7. r. życia miała zapaść na ostre zapalenie stawów z zajęciem stawów kolanowych, łokciowych, nadgarstkowych itd; sprawa ostra utrzymywała się przez parę tygodni, a potem bóle w stawach lekkie trwały przez parę miesięcy. Obecnie zapadła 30/V 1909 na ostre zapalenie gardła z gorączką i uczuciem ogólnego schorzenia; wśród tego stanu wystąpiły po kilku dniach znowu bóle i obrzęki stawów, przy stanie gorączkowym. Stan obecny w dniu 22/VI 1909: Ostre zapalenie stawu kolanowego i skokowego; w sercu wykazać można lekki skurczowy szmer nad koniuszkiem serca i nieczysty ton rozkurczowy nad tętnicą główną; nad podstawą serca tarcie osierdziowe; tętno=112 na min.; błona śluzowa gardła zaczerwieniona, migdałki zaczerwienione, lekko obrzękłe. Przebieg: Ciepłota 22/VI do 23/VI 1909 39·1—37·2—39·2°C, 24/VI ból gardła świeży T=39°C, 14/VI 37·2—38·3°C; odtąd stan podgorączkowy do 37·7°C, a od 3/VII bezgorączkowy; w moczu zmian nie ma; badanie krwi 22/VI 1909 L=5000; z tego N=65·4%, Limf.=26·7%, Eoz.=1·8%, w dniu gorączkowym. Rozpoznanie: Polyarthritis rheum. acuta intercurrente endocarditide acuta subsequ. insufficientia mitralis et insuffic. valv. semilun. aortae (?), pericarditis sicca acuta.

6) R. T., l. 33, w leczeniu od 15/X 1910 do końca stycznia 1911. Wywiady: 23/IX ostre zapalenie gardła (angina follicularis acuta) z ciepłotą do 40°; po 3 dniach chora mimo gorączki wstała i wtedy wystąpiło ostre zapalenie stawu skokowego, które przy podaniu salicylu do 3 dni ustąpiło; ból gardła trwał, a chora chodziła; po paru dniach znowu świeże zajęcie stawów i to skokowego i kolanowego prawego przy ciepłocie 38·5°C.; po paru dniach świeży nawał w stawach łokciowych. Stan obecny w dniu 15/X: Ostre zapalenie stawu skokowego lewego, kolana lewego i nadgarstkowych; badanie gardła wykazuje zaczerwienienie błony śluzowej, migdałki powiększone, zaróżowione, czopy widoczne, gruczoły podszczękowe lekko powiększone. Ciepłota 38° C.; narządy wewnętrzne bez zmian. Przebieg: Ciepłota wahała się przez 2 miesiące w granicach od poziomu prawidłowego do 38·2° C., zwykle jednak stan podgorączkowy; zajęcie stawów zmienne; wyleczenie. Rozpoznanie: Polyarthritis acuta post anginam follicul. acutam.

7) H. P., l. 39, w leczeniu od 24/XI do 26/XI 1910. Wywiady: Od 12. r. życia ma chora mieć trzeszczenie w stawach; czy poprzednio zapadała na zapalenie gardła, nie wie; przed miesiącem ostre zapalenie gardła (angina follicularis acuta) z ciepłotą do 39°C, trwające przez 3 dni; po 10 dniach nawrót zapalenia gardła z ciepłotą do 38°C, a po 3 dniach istnienia zapalenia gardła bóle i obrzęki stawów, wprzód w stawach kolanowych i łokciowych, potem skokowym lewym, nadgarstkowych, palców rąk itd. przy stanie podgorączkowym. Stan obecny w dniu 24/XI 1910: Tylko bolesność i trzeszczenie w stawach skokowych, kolanowych i barkowych bez obrzęku; ciepłota niepodwyższona; badanie gardła wykazuje zaczerwienienie i suchość błon śluzowych, migdałki obrzękłe, zaczerwienione, czopy. Rozpoznanie: Polyarthritis acuta exacerbans post. angina follicularis acuta.

8) E. M., l. 12, w leczeniu od 12/XII. do 24/XII. 1910. Wywiady: W 2 r. życia chory przebywał odrę, a w 11. płonicę; obecnie przed 2 tygodniami wystąpił ból gardła z gorączką, uczuciem ogólnego schorzenia, kaszlem i chrypką; wśród trwania tej sprawy, po paru dniach wystąpiły bóle w stawach kolanowym prawym, nadgarstkowym i łokciowym lewym. Stan obecny· Zajęcie stawu nadgarstkowego prawego i palców 3—4. ręki prawej; w sercu: uderzenie koniuszka w V. Sp. I. na zewnątrz od linii sutkowej lewej, nad koniuszkiem słychać szmer skurczowy, a II. ton nad tętnicą płucną jest wzmocniony; migdałki zaczerwienione, niepowiększone; ciepłota 12/XII—16/XII 38—37·8—39·3°C, 17/XII 37·7, a od 18/XII stan bezgorączkowy. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumatica acuta in individuo cum insufficientia valv. mitralis, lymphadenitis chron. glandul. lymphat. colli.

9) K. K., l. 13, w leczeniu po raz pierwszy od stycznia do marca 1906. Wywiady: 25/XI 1905 zapadła chora na ostre zapalenie gardła z wysoką gorączką, stanem ogólnego schorzenia i obrzękiem gruczołów szyjnych; wśród bólu gardła, który trwał przez parę tygodni, piątego dnia choroby wystąpiły bóle i obrzęki stawów i to najprzód stawów rąk, potem nóg, wreszcie i stawów małych; ciepłota dochodzi do 39° C. Stan obecny: W styczniu 1906 r. lekkie zajęcie stawów kończyn dolnych; w sercu nad koniuszkiem szmer skurczowy, a II. ton nad tętnicą płucną wzmocniony; ciepłota wówczas 38—37·1—37·2°C. Migdałki obrzękłe, zaczerwienione, czopy widoczne. Przebieg wykazuje zmienność zajęcia stawów; stan serca pozostał niezmieniony; ciepłota podgorączkowa; po dwu miesiącach wyzdrowienie z pozostawieniem zmian lekkich w sercu. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumat. acuta intercurrente endocarditide acuta ad valv. mitral. (insufficientia valv. mitralis). W roku 1909. w jesieni po przeziębieniu ból gardła i znowu lekkie zajęcie stawu nadgarstkowego ręki prawej i skokowego nogi prawej; wyzdrowienie po 10 dniach. W r. 1911 znowu zapalenie gardła i bóle w tych samych stawach.

10) J. K., l. 52, w leczeniu od 11/XI 1910 do 26/I 1911. Wywiady: W 10. r. życia chory miał cierpieć na ostre zapalenie stawów; w 22 r. życia nawrót zapalenia stawów; obecnie od 2 tygodni znowu wystąpiły bóle i obrzęki stawowe i mięśniowe. Stan obecny: Zajęcie ostre stawów barkowych, łokciowych, nadgarstkowych i kolanowych przy istniejących już zmianach stałych; migdałki powiększone, zaczerwienione, w prawym widoczne czopy. Przebieg: Ostre objawy stawowe zmienne, to uspokajają się, to nawracają; 12/XI świeży ból gardła, w migdałkach widać czopy, gruczoły podszczękowe obrzękłe, bolesne; 17/XI z migdałka za uciskiem wydobywa się ropna wydzielina, stawy lepiej; ciepłota waha się między stanem prawidłowym a 38·3°C (4/XII); od 26/XII objawy ostre ustąpiły. Rozpoznanie: Polyarthritis chronica exacerbans, tonsillitis lacunaris chronica.

11) A. C., l. 17, w leczeniu od 9/I do 7/III 1911 (mors.). Wywiady: Przed 6 laty po raz pierwszy ostre zapalenie gardła; odtąd od czasu do czasu występują przemijające bóle gardła wskutek świeżego zapalenia; nawroty częste; obecnie w październiku 1910 wystąpiły znowu bóle gardła, osłabienie, gorączka itd. Stan obecny (w styczniu): W sercu objawy dawnej niedomykalności zastawki dwudzielnej, świeże zapalenie osierdzia i świeże zmiany zapalne na zastawkach tętnicy głównej i zaostrzenie zmian na zastawce dwudzielnej; ciepłota do 38° C; migdałki powiększone, blade, kieszonki głębokie, na prawym tylnym łuku 2 szare naloty zamknięte w głębi, z obu migdałków wydobyto cuchnące czopy. Przebieg: Ciepłota stale podwyższona o torze zwalniającym; objawy wysiękowego zapalenia osierdzia, zaostrzenia sprawy zastawkowej; chora umiera wśród objawów osłabienia serca. Rozpoznanie kliniczne (w skróceniu): Endocarditis chron. acuta exacerbans ad valvul. mitralem et valvul. semilun. aortae, pericarditis adhaes. post pericarditidem serofibrinosam itd., myocarditis in stadio incompensationis itd., tonsillitis lacunaris chron. Rozpoznanie sekcyjne (w skróceniu): Endocarditis chron. acuta exacerb. valv. mitral. et recens valv. semilun. aortae itd., pericarditis obliterans etc., degeneratio adiposa et fragmentatio musculi cordis, venostasis etc, tonsillitis lacunaris chron.

12) K. M., l. 39, w leczeniu od grudnia 1910 do lutego 1911. Wywiady: Chora poprzednio nieraz zapadała na zapalenie gardła lub czasem tylko na przemijające bóle gardła, często bole stawowe; ostre zapalenie stawów przed 8 laty; obecnie z końcem listopada ostre zapalenie gardła z gorączką, które trwało przez parę dni, a od tego czasu utrzymuje się ból gardła; w tydzień po zachorowaniu na gardło ostre objawy stawowe. Stan obecny: Prócz dawnej wady sercowej w postaci niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia dotyczącego ujścia, świeże ostre zapalenie stawów kolanowych, stopowych i barkowych; migdałki zaczerwienione, nie duże, kieszonki liczne, widoczne czopy, gruczoły podszczękowe tkliwe; ciepłota 39°C. Przebieg wykazuje przez 3 miesiące uspokajanie się i nawroty zapalenia stawów to tu, to tam, przy ciepłocie dochodzącej do 39° C; objawy świeżego suchego zapalenia osierdzia i może zaostrzenie sprawy na zastawkach; wreszcie po 2-miesięcznem trwaniu sprawy nastąpiło uspokojenie i wyleczenie z pozostawieniem zmian w sercu. Rozpoznanie: Polyarthritis rheumatica acuta recidiv. in indiv. cum insufficientia valv. mitralis et stenosi ostii venosi sin., pericarditis sicca acuta; status post angin. lacunar. acut.

13) A. D., l. 44, w leczeniu od 13/X do 23/XII 1910. Wywiady: W 17 r. życia ostre zapalenie gardła z gorączką trwające przez 3 tygodnie; od tego czasu przez 6 lat co jesień nawrót zapalenia gardła; potem spokój; od paru lat ostatnich objawy osłabienia serca nawracające. Stan obecny: Stan bezgorączkowy, w sercu objawy wady sercowej; niewyrównanie; migdałki zaróżowione, czopów nie widać. Przebieg: Wahanie niewyrównania, wreszcie ustąpienie objawów zastoju. Rozpoznanie: Endocarditis chron. fibr. sub forma insufficientiae valv. mitralis et stenosis ostii venos. sin. in stadio incompensationis, insuffic. relat. valv. tricuspidalis itd.

14) J. B., l. 16, w leczeniu od 26/III do 3/V 1911. Wywiady: Jak dawno chory jest na serce, podać nie umie; obecnie przed 2 tygodniami chory zapadł na bóle gardła, a w dwa dni później wystąpiły nagle objawy osłabienia lewej połowy ciała, które wnet przeszły w bezwład jej zupełny. Stan obecny: Wada sercowa dawna pod postacią niedomykalności zastawki dwudzielnej w okresie wyrównania; porażenie połowicze po stronie lewej; migdałki powiększone, zaczerwienione lekko; ciepłota w pierwszych tygodniach podgorączkowa dochodzi do 37·2°C, potem stan bezgorączkowy. Rozpoznanie: Endocarditis chron. fibr. sub forma insufficient. valv. mitral. in stadio compensationis acute exacerbans, embolia arter. fossae Sylvii dextr. subsequente hemiplegia dextra.

Nie chcąc powiększać kazuistyki, poprzestaję na przytoczeniu tych 14 przypadków, w których uwzględniliśmy przedewszystkiem przebieg kliniczny i częstość występowania zajęcia migdałków w tych przypadkach. Statystyki klinicznej, dotyczącej wogóle częstości współistnienia zajęcia migdałków i następowego schorzenia stawów, przytaczać nie chcę, bo tu o błędy łatwo, zwłaszcza, że nieraz podania chorych są niedostateczne lub fałszywe, a wynik badania migdałków za życia nieraz nie doprowadzi nas do rozjaśnienia sprawy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź)[1]

Odma piersiowa sztuczna nie stanie się nigdy metodą ogólną leczenia suchot płucnych, ani nawet metodą mającą częste zastosowanie.

Metody lecznicze, których stosowanie trwać musi czas długi, wymagają wielkiej wytrwałości ze strony chorego i dużo dobrej woli ze strony lekarza. Tyczy się to szczególnie metod nowych, jeszcze nie spopularyzowanych, o których wartości wśród samych lekarzy pogląd nie jest ustalony.

Taką metodą leczniczą jest stosowanie odmy piersiowej sztucznej w przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc, a także ropni płucnych, przewlekłych zapaleń płuc, rozszerzeń oskrzeli.

Trudną i niewdzięczną rolę wobec tych chorych łagodzimy sobie dotąd przeświadczeniem o bezskuteczności czynnego lecznictwa wobec danego cierpienia. Ta rezygnacya lekarza - praktyka staje się jednak wygodnym kwietyzmem dla lekarza szpitalnego, jeśli postęp lecznictwa wskaże nowe drogi; tych wypróbowanie jest jego właśnie obowiązkiem.

Metoda leczenia ciężkich, »nieuleczalnych« przypadków gruźlicy płuc zapomocą odmy sztucznej jest już od lat szeregu próbowana w szpitalach i sanatoryach Europy i Ameryki północnej; już więc z tego względu zasługuje na to, byśmy ją bliżej i my poznali i wypróbowali.

Tem bardziej, że wszyscy, którzy ją stosowali na liczniejszym materyale, uważają tę metodę za poważny postęp terapii, dający nam ze strony zgoła niespodziewanej możność ratowania życia beznadziejnie chorych.

W dzisiejszym odczycie nie mogę jeszcze wyłożyć ostatecznych wyników własnego w tej dziedzinie doświadczenia; pozostawiam to sobie na przyszłość. Dziś zapoznam Sz. Panów z ogólnemi zasadami metody, z jej techniką i widokami, do jakich ta metoda uprawnia.

Klinicyści, głównie francuscy, jak Woillez, Czernicki, Vigier, Duguet, Pernet, Meusnier, d'Hérard, Toussaint, (klinika Potaina), następnie — Spaeth, Forlanini, L. Spengler—

[1]) Rozszerzony i dopełniony wykład, wygłoszony w Tow. lek. łódzkiem 6. XII. 1911.

zauważyli, że w pewnych przypadkach wyjątkowych odma piersiowa, wikłająca przebieg gruźlicy płuc, wywiera niespodziewany wpływ leczący na gruźlicą dotknięte płuco, które uciska.

Podobnie dodatni wpływ na przebieg gruźlicy płuc ze strony ucisku przez wysięk surowiczy opłucnej opisali: Pidoux, Potain, Barié, Galliard, Adams, Bäumler, L. Spengler, Konzelmann, Saugman, Späth; a Schmorl, Palasse, Westenhöffer — opisali przypadki, w których gruźlica zajęła całe płuco, oszczędzając odcinki, uciśnięte przez istniejący wysięk opłucny; Eugeniusz Albrecht widywał przypadki, w których nawet ropniak opłucny (empyema) prowadził — przez ucisk — do gojenia gruźlicy lub przynajmniej do powstrzymania postępu choroby w tkance uciśniętej.

Te spostrzeżenia zniewoliły ogół klinicystów do baczniejszego spostrzegania przebiegu gruźlicy płuc, powikłanej niezakażoną odmą lub wysiękiem opłucnej, i doprowadziły do myśli o sztucznym ucisku chorego płuca w celach leczniczych.

Kiedy się niedawno tą sprawą zajęto, okazało się, że pomysły tego rodzaju były wypowiadane już przed wielu laty.

Myśl zastosowania ucisku jako metody leczenia jam płucnych i ropni wypowiedział pierwszy przed laty dziewięćdziesięciu fizyolog liverpoolski Carson; swój pomysł uzasadniał tem, że stałe kurczenie się i rozszerzanie tkanki płucnej przeszkadza zabliźnianiu się »wrzodów« płucnych; unieruchomienie płuc osiągnąć radził przez wprowadzenie do opłucnej powietrza; u zwierząt osiągał to Carson, tworząc odmę otwartą, przez szerokie nacięcie międzyżebrowe Przytacza tu Carson jedno spostrzeżenie kliniczne, kiedy niezagojona kłuta rana klatki piersiowej, otrzymana na polu bitwy, wpłynęła bardzo dodatnio na przebieg istniejącej gruźlicy płuc.

Podobnie Ramadge radził osiągnąć unieruchomienie płuc przez założenie przetoki klatki piersiowej, t. j. wytworzenie stałej komunikacyi jamy opłucnej z powietrzem atmosferycznem, dzięki czemu płucoby się zapadło. Taki przypadek opisał Houghton: przypadek wybitnie pomyślnego wpływu unieruchomienia płuca przez odmę piersiową otwartą, urazowego pochodzenia.

Piorry radził unieruchomiać płuco chore przez nakładanie ciężarów, krępowanie opaskami chorej strony klatki piersiowej [1]).

Były to pomysły wyłącznie teoretyczne.

O ich wartości praktycznej małą mieli opinię współcześni; tak np. pisał Canstatt w swej »Patologii i terapii szczegółowej« (Wyd. II. Tom III. R. 1843): »Niewykonalną jest myśl Carsona wytworzenia odmy piersiowej przez otwarcie opłucnej i uciśnięcie tym sposobem jam płucnych, by później tą samą drogą ucisnąć i drugie płuco; — zarówno, jak i myśl Piorryego wywarcia ucisku na jedną połowę klatki piersiowej przez opaskę, by w ten sposób zbliżyć do siebie ściany jam gruźliczych i doprowadzić je do zrostu«.

Wunderlich myślał podobnie (Handb. der Pathologie u. Therapie. Wyd. II. T. III. R. 1856), a Köhler (Handb. der spec. Therapie. Tom I. R. 1867) powiada: »Propozycya przeciwna (przeciwna myśli przeciwdziałania tworzeniu się gruzełków przez spotęgowanie czynności oddechowej) Carsona, — przy pomocy sztucznej odmy jednostronnej, lub Piorryego — przy pomocy opaski uciskowej lub przez nakładanie ciężarów na klatkę piersiową — zmniejszenia czynności oddechowej, zbliżenia ścianek jam, by się zasklepiły... nie warta jest prób klinicznych, nie mówiąc już o możliwości wprowadzenia tych pomysłów do praktyki«.

Minął lat szereg, gdy w r. 1882 myśl tę teoretyczną podjął ponownie Forlanini (z Pawii), który też w r. 1892 myśl tę w czyn wprowadził.

Twórcą więc metody, która, utrzymując płuco pod stałem ciśnieniem i doskonale je unieruchomiając, dąży świadomie nietylko do zagojenia zmian, istniejących w chwili rozpoczęcia leczenia, ale też do przerwania czynnej sprawy rozpadowej, — jest Prof. C. Forlanini.

Swój pogląd na racyonalność unieruchomienia zupełnego płuc jako środka leczniczego przy gruźlicy płuc tak Forlanini uzasadnia:

Zmiany anatomo-patologiczne, spostrzegane w przebiegu suchot płucnych, ani anatomicznie, ani swą patogenezą nie różnią się od spraw gruźliczych, rozgrywających się w innych narządach; jeżeli w płucach dochodzi do zmian rozpadowych, gruźlicy tego narządu właściwych i do zwyrodnienia serowatego ognisk gruźliczych i tkanek je otaczających, to dzieje się to, zdaniem Forlaniniego, jedynie dzięki swoistej **czynności** tego narządu, polegającej na nieustannej zmianie stanu napięcia tkanki płucnej, na zmianie objętości i ciśnienia zawartości płuc: powietrza. Ten wpływ czynności, wpływ ruchomości płuc na zejście sprawy zakaźnej zależy od stopnia tej ruchomości. Mianowicie: a) zupełne unieruchomienie płuca powstrzymuje rozpad, zapobiega mu; b) zmniejszenie się ruchomości prawidłowej sprzyja powstawaniu i postępowi zmian rozpadowych i zmian poprzedzających sprawę rozpadową; c) zwiększenie się ponad normę ruchomości płuc może — w pewnym stopniu — przeszkodzić rozwojowi tych zmian.

Te nieco aforystyczne i wogóle przez autora bardzo mało motywowane poglądy Forlaniniego zgadzają się jednak ze spostrzeżeniami innych badaczy i z obserwacyą kliniczną.

Tendeloo bardzo ściśle odróżnia wpływ na przebieg gruźlicy oddychania: zniesionego, zmniejszonego i wzmożonego. Zarówno zniesienie oddychania, jak i zwiększenie »wielkości oddechu«, właściwego danej okolicy płuc sprzyja gojeniu się gruźlicy; zmniejszenie (względne — t. j. w stosunku do wielkości fizyologicznej, danej okolicy właściwej) — sprzyja postępowi gruźlicy.

Ale dla Tendeloo ten wpływ nie zależy bezpośrednio od wahań w »wielkości oddechu«, t. j. od większego lub mniejszego spokoju tkanki; jestto wpływ pośredni, po przez zmiany w krążeniu krwi i limfy.

O ile mamy do czynienia z właściwym gruzełkiem t. j. z guziczkiem łącznotkankowym, nie może być mowy o wpływie przez krążenie krwi, bo niema naczyń krwionośnych w gruzełku; a w innych ogniskach gruźliczych nie gra krążenie krwi roli większej. Natomiast ten wpływ, jaki wywierają ruchy oddechowe na krążenie limfy, pozwala na

[1]) Metodę unieruchomienia płuca przez uciśnięcie plastrami klatki piersiowej stosował jeszcze niedawno, bo w roku 1905. Stuart Tidey.

uzależnienie zmian w tkance gruźliczej od »wielkości oddechu«.

Zdaniem Tendeloo kierunek zmian rozpadowych w ognisku gruźliczem zależy od tego, co w niem przeważa: czy energiczniejszy odpływ, czy też energiczniejsze wytwarzanie się jadu (bo od tego zależy stężenie jadu w danym odcinku tkanki płucnej). Jeżeli — ceteris paribus — w dwu okolicach płuc wytwarzanie się jadu i jego odpływ są równie silne, wówczas gruzełek będzie tu i tam rósł równomiernie. Jeżeli w pewnej okolicy przeważa wytwarzanie się jadu — tam też gruzełek będzie rósł bujniej. Tam zaś, gdzie przeważa odpływ, tam gdzie energia przepływu limfy będzie bardzo wzmożona, tam gruzełek będzie się zmniejszać, a nawet może zaniknąć.

I w sprawie postępu choroby gra znowu rolę energia ruchu limfy: zupełne zatrzymanie prądu limfy tamuje szerzenie się gruźlicy; średnia szybkość tego prądu sprzyja osiadaniu zarazków, a znów bardzo szybki prąd, zmywający zarazki, jest przez to czynnikiem dodatnim.

Tę teoryę Tendeloo porównywa obrazowo Kuhn do stosunków panujących w kanalizacyi, u której punktu wyjścia zalegają masy, mające uledz wydaleniu; jeśli przez kanały nie przebiega wcale żaden prąd — wszystko pozostaje tam, gdzie było; przy pędzie małym i powolnym — cały układ kanałów zostaje zamulony; prąd silny i bystry unosi wszystko z sobą i szybko oczyszcza kanały.

To wszystko tyczy się w równym z układem limfatycznym stopniu i układu krwionośnego, o ile on przyczynia się do przenoszenia zarazków i usuwania jadów; albowiem ruchy oddechowe w stopniu znacznym wpływają też i na szybkość ruchu krwi w układzie krążenia małego. To też wraz z uciśnięciem powstaje w płucu coraz wybitniejszy zastój żylny; i temu stanowi płuca przypisują znaczenie lecznicze, w sensie poglądów Biera.

Nieco inaczej na pożytek uciśnięcia i unieruchomienia płuca patrzy Harras. Według niego wartość tego stanu polega na umożliwieniu fizyologicznej tendencyi chorego płuca do kurczenia się. Powstawaniu marskości płuc, do czego prowadzi większa blizna, stoi na przeszkodzie niepodatność klatki piersiowej. Powstawanie kurczącej się blizny zmniejsza objętość płuca; to zmniejszenie nie może się odbywać bez wyrównania, w danym razie (wewnątrz klatki piersiowej) bez wyrównania przestrzennego. Dzieje się ono w stopniu niewielkim kosztem rozedmy części płuca do blizny przylegających, kosztem ustępliwości przepony, śródpiersia, międzyżebrzy. Ale gdzie blizna jest wielka, tam nieustępliwa klatka piersiowa stanowi zbyt wielki opór dla wątłej tkanki ziarninowej i uniemożliwia twarde zabliźnienie. Ten opór niknie z chwilą, kiedy sztucznie otoczymy płuco sprężystym gazem.

W swych poglądach na rolę leczniczą unieruchomienia ciężko chorego płuca zgadza się Harras z Forlaninim, Tendeloo i innymi. Przy małych zmianach w płucu jest pożądane zwiększenie oddychania, lepsze utlenienie, t. j. odżywianie płuc, ponieważ chodzi tu o takie wzmacnianie zdrowej lub mało zmienionej tkanki płucnej, by stanowiła ona zaporę dla dalszego szerzenia się choroby; w przypadkach daleko posuniętych mamy na celu zupełnie inny sposób gojenia: odgraniczanie już zniszczonych części płuca od zdrowych — zapomocą blizn łącznotkankowych.

Że zaś takie blizny tworzą się pod wpływem unieruchomienia i ucisku, pouczają zarówno doświadczenia na zwierzętach, jako też i sekcye przypadków, w których śmierć nastąpiła po stosowaniu sztucznej odmy piersiowej.

Co do doświadczeń na zwierzętach, to dla poparcia teoryi powyższych czyniono następujące: Bacmeister zakładał młodym zwierzętom wkoło górnej części klatki piersiowej pętlicę z drutu; przy dalszym wzroście zwierząt ta część tułowia, a więc i szczyty płuc nie mogły się rozrastać. Kiedy tym zwierzętom zaszczepiono (przez krążenie krwi) laseczniki gruźlicy, — ogniska gruźlicze powstawały w tych właśnie częściach płuc, które oddychały słabiej i do których mniej krwi i limfy dopływało; wbrew przeciwny wynik otrzymano, stwarzając sztucznie przekrwienie żylne.

Tiegel, chcąc sztucznie wywołać zastój żylny w płucach, podwiązywał żyły jednego płuca; wstrzyknięcie hodowli laseczników gruźliczych wywoływało w płucu prawidłowo ukrwionem silny rozwój gruźlicy, w płucu zastoinowem — o wiele słabszy. Takiż sam wynik otrzymał Tiegel, kiedy naprzód zaszczepił zwierzęciu gruźlicę, a po jakimś czasie wywoływał sztucznie zastój żylny: gdy w płucu nieprzekrwionem rozwijała się rozlana sprawa serowata, w płucu zastoinowem spostrzegano ogniska gruźlicze nieliczne, dobrze ograniczone, mające małą skłonność do zwyrodnienia serowatego; w tem też płucu widoczne było tworzenie się odczynowe tkanki łącznej (sprawa była u wszystkich zwierząt zbyt świeżej daty, by można było oczekiwać wyraźnego gojenia się przez otorbienie ognisk tkanką łączną). W płucu zastoinowem te płaty były najmniej przez gruźlicę zajęte, których żyły najbardziej były zwężone.

Wpływ ucisku na płuco zdrowe pierwszy zbadał T. Dunin. Wywoływał on (przeważnie u kotów) przez częste wstrzykiwanie żelatyny do opłucnej wysięk zapalny, uciskający płuco. Wśród szeregu zmian, jakie potem spostrzegał na sekcyi, wyróżnia nowotworzenie kurczącej się tkanki bliznowatej.

U zwierząt chorych na gruźlicę sprawę tę badał pierwszy Bruns; wytwarzał on sztuczną odmę piersiową i przekonał się, że odma nietylko unieruchomia płuco, wpływając przez to dodatnio na skłonność do gojenia się (tam gdzie ona istniała), ale równie, że odma opłucnej — przez niedodmę płuc — prowadzi do nowotworzenia tkanki łącznej, więc do otorbienia ognisk gruźliczych.

Badania zwłok ludzi, zmarłych po stosowaniu im przez czas dłuższy sztucznej odmy, doprowadziły Graetza do następujących wniosków:

1. Unieruchomienie płuca gruźliczego pociąga za sobą zatrzymanie się sprawy gruźliczej z następnem jej wygojeniem.

2. Wygojenie wyraża się w otorbieniu ognisk zserowaciałych i organizacyi łącznotkankowej spraw zapalnych.

3. Odczynowe nowotworzenie tkanki łącznej jest skutkiem zwolnienia obiegu limfy i zmniejszonego wsysania toksyn gruźliczych.

4. Wynik ucisku, stosowanego w celach leczniczych, zależy od doskonałości (pełności) odmy i od siły ucisku, niepozwalającej na rozszerzenie się płuca.

5. Zapalna (pneumoniczna), cechująca się wybitną skłonnością postępową, postać gruźlicy płuc, mniej się na-

daje do leczenia przez ucisk, aniżeli guzkowe postacie gruźlicy.

6. Niedodma płuc sprzyja, jak to wykazały doświadczenia, wnikaniu ciał obcych do dróg limfatycznych. Staćby się to mogło powodem przeniesienia zarazka z płuca chorego do gruczołów, a potem do płuca zdrowego. Ani w swoich ani w obcych przypadkach Graetz nic podobnego na sekcyi nie napotkał. W spostrzeżeniach klinicznych również podobnego przypadku niema.

7. Przebicie ogniska serowatego i rozległe zapalenie opłucnej stanowią niebezpieczne powikłanie sztucznej odmy piersiowej.

Zupełnie podobne wyniki badań opisuje Warnecke. Widział on w płucu, które było sztucznie odmą uciśnięte: ogromny rozwój tkanki łącznej, otorbiającej ognisko gruźlicze, kurczącej się i zabliźniającej sprawę swoistą.

Forlanini na zasadzie swoich badań pośmiertnych dowiódł, że w dobrze przez odmę uciśniętej tkance (płucnej) nie mogą powstać świeże nacieki gruźlicze; gdy gruźlica prosówkowa zajęła całe płuco nieuciśnięte, to wolne od tej sprawy były wszystkie uciśnięte przez gaz części płuca drugiego.

Jak sobie przedstawić możemy — na podstawie powyższych danych — działanie sztucznej odmy piersiowej na płuco dotknięte ciężką gruźlicą?

Ucisnąwszy płuco, przeistoczyliśmy narząd stale ruchomy — na narząd nieruchomy; narząd zawierający powietrze — na narząd bezpowietrzny. Już to samo upodobnia tak przeistoczone płuco do tych narządów, w których gruźlica niema tendencyi rozpadowej, ale raczej miewa charakter sprawy produktywnego nowotworzenia. Istniejące w płucu chorem jamy zostały zaciśnięte, ich ściany zbliżone, co umożliwia ich zupełne zagojenie. Z płuca, jak z gąbki, wyciskamy wszelką zawartość. Zapadnięcie się oskrzeli uniemożliwia przenoszenie się wydzieliny, zawierającej zarazki, na zdrowe części płuca. Ucisk drobnych tętnic i naczyń limfatycznych — to znaczy zmniejszone wsysanie się toksyn, o czem świadczy spadek ciepłoty, poprawa stanu ogólnego, powiększenie się ilości opsonin we krwi. Krążenie krwi zostaje zwolnione, wywołując zastój żylny, co nietylko działa ujemnie na sprawę zakaźną, ale też sprzyja nowotworzeniu tkanki łącznej.

Wszystkie te zmiany w płucu występują powoli, zależą w wielkim stopniu od naszej woli i umiejętności, dają się niejako dawkować.

To też ani sposób powstania ani przebieg i obraz ogólny odmy sztucznej nie przypomina odmy piersiowej, występującej samorodnie jako powikłanie gruźlicy płuc.

Oto jaki obraz odmy samorodnej podaje Sokołowski: »Osobnik... raptownie doświadcza gwałtownego bólu w piersiach z uczuciem jakby rozrywania się w nich czegoś; jednocześnie prawie zjawia się niezwykle mocna duszność, uniemożliwiająca najmniejszy ruch i czynności. Chory czuje, że dusi się formalnie, co wyraźnie zaznacza słabym i ledwo dosłyszalnym głosem; przyjmuje on najchętniej pozycyę siedzącą z podpartą o ręce głową; pokryty bywa obfitym zimnym potem; twarz jego wyraża uczucie mocnego przestrachu; gałki oczne mocno się wypuklają; twarz z początku blada, przejawia stopniowo odcień sinawy; chory wykonywa bezustannie szybkie ruchy oddechowe; puls faluje mocno; łaknie on ciągle powietrza, każe szeroko otwierać okna, zdradzając ciągle mocny niepokój i obawę śmierci«.

Zaprawdę — obraz »pełny wysokiej dla chorego i jego otoczenia dramatyczności«.

Dodajmy do tego zajęcie jamy opłucnej wysiękiem ropnym, a obraz grozy, jaki wywołuje w nas słowo »pneumothorax«, będzie zupełny.

Jakże jednak różni się od tego powstanie i przebieg lekarsko dawkowanej odmy piersiowej sztucznej!

Ból bardzo nieznaczny — z ukłucia; ból mocniejszy, jeśli ciśnieniem znaczniejszem staramy się rozerwać zrosty, ale nigdy ani nagły, ani choćby w stopniu jakimś niewielkim podobny do wyżej opisanego, ponieważ ilość gazu jest stosowana do warunków w danej chwili w klatce piersiowej panujących; ilość ta wzrasta wogóle bardzo wolno, jest stale nadzorowana. Nagłe powstanie odmy samorodnej wywołuje groźne, burzliwe zakłócenie w krążeniu; przy odmie sztucznej, stopniowo przez tygodnie wytwarzanej, narząd krążenia zupełnie się przystosować umie do nowych warunków; odma samorodna jest najczęściej zakażona, odma sztuczna — prawie zawsze jałowa.

Ta w swej ilości do celu stopniowego unieruchomienia płuca dostosowana, do stałego zaciśnięcia jam, do uciśnięcia dróg limfatycznych, wywołania przekrwienia biernego celowo używana odma sztuczna może przez swój rozwój powolny i długotrwałość skutecznie pomódz ustrojowi w jego walce z gruźlicą, pomimo swego pozornego podobieństwa do odmy piersiowej samorodnej.

Wspomniane zmiany anatomo-patologiczne i czynnościowe, powstające w następstwie odmy piersiowej sztucznej, objawiają się klinicznie bardzo różnie, zależnie od bardzo wielu czynników.

Jeśli odma piersiowa sztucznie wytworzona udała się, t. j. ucisnęła ze wszystkich stron płuco chore, widzimy przedewszystkiem stopniowe znikanie objawów toksycznych: cera chorego poprawia się, ciepłota spada do poziomu prawidłowego, mijają poty, powraca apetyt (nie zawsze — o czem dalej); plwocina w pierwszych czasach wydziela się w większej ilości, wreszcie przy zupełnym ucisku zupełnie lub prawie zupełnie znika; nikną z plwocin włókna elastyczne i laseczniki gruźlicze. Jak wykazał Pigger (z Davos), a po nim Carpi (z Pawii), wskaźnik opsoniczny krwi wznosi się ponad poziom prawidłowy i pozostaje takim stale. Waga ciała, nawet w przypadkach zupełnego wyleczenia, nie wzrasta w tym stopniu, jak to widujemy przy wyleczeniu metodą sanatoryjną (prawdopodobną tego przyczyną jest niedoskonała przemiana materyi z powodu względnego braku tlenu). Nie mniej jednak ustąpienie objawów schorzenia płuc i schorzenia całego ustroju, ustąpienie objawów toksycznych, dobry stan podmiotowy chorego nawet przy braku wzrostu wagi — świadczą o pomyślnym zwrocie w przebiegu choroby.

Za wcześnie jeszcze mówić danemi statystycznemi o wartości metody, za mały na to posiadamy materyał; co główna, ten materyał nie nadaje się wogóle do zestawień schematycznych, tak bardzo jest różnolity: każdy przypadek tak ciężki, że daje prawo do zastosowania omawa

nej metody, wymaga szczegółowego indywidualizowania stanu przedoperacyjnego i przebiegu pooperacyjnego.

Dla tego n. p. Prof. L. Brauer (z Hamburga) i L. Spengler (z Davos), podając w r. b. na 335 stronnicach historye chorób swych 102 przypadków, w których udało im się (na 128 operowanych wogóle) wytworzyć mniej lub więcej doskonałą odmę sztuczną. — nie podają wcale zestawienia ostatecznego otrzymanych wyników.

Część tych przypadków (40) zestawił poprzednio statystycznie L. Spengler; wyniki były następujące:

I. bardzo dobry	w 18 przypadkach	= 45 %	} 62.5%
II. dobry	w 7	»	= 17,1 %	
III. mierny	w 6	»	= 15%	
IV. przejściowy	w 6	»	= 15%	
V. niepowodzenie	w 3	»	= $17^1/_1$%	

Spengler za bardzo dobry uważa wynik w tych przypadkach, w których doskonała odma sztuczna trwała dostatecznie długo, chorzy zostali klinicznie wyleczeni, nie mają wcale plwociny lub mają plwocinę bez laseczników.

Do grupy II. zalicza te przypadki, w których odma nie mogła być doskonałą z powodu zrostów lub w których nieustępliwe nacieki płuc nie zostały uciśnięte zupełnie; tu gruźlicę ciężką, postępującą, z obfitą plwociną, w rozwoju zatrzymano.

Do grupy III. zalicza przypadki, w których odmą nie zdołano ucisnąć części płuca schorzałych; otrzymano jedynie skurczenie się (marskość) płuca wraz z wyraźną poprawą objawów miejscowych i ogólnych.

Grupa IV. obejmuje ciężko chorych z rozległemi zmianami i wielkiemi jamami w płacie górnym; w tych przypadkach poprawa była przemijająca.

Do grupy V. należą: 1) przypadek śmierci wskutek zatoru gazowego podczas reinsuflacyi: pod bardzo wysokiem ciśnieniem wprowadzano gaz do niewielkiej istniejącej otorbionej odmy; nagle chory uczynił szybki ruch ręką — igła zboczyła i wpadła, widocznie, do jakiejś żyły płucnej; 2) dwa przypadki rozwinięcia się — nieczynnych w chwili rozpoczęcia leczenia — ognisk w płucu drugiem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

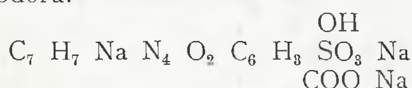
Zapiski lecznicze z Kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dyrektor: Prof. W. Jaworski).

I. Doniesienie.

1. Theosalina.

Wytwór syntetyczny, składający się z teobromku sodu (theobrominnatrium) i sulfosalicylanu sodowego (natrium sulfosalicyl), w którym grupa sulfonowa podstawiona w miejsce wodoru.



OH
$C_7\ H_7\ Na\ N_4\ O_2\ C_6\ H_3\ SO_3\ Na$
COO Na

Jestto więc czyste chemiczne połączenie, podobne rodzajowo i budową do diuretyny, ale przez podstawienie grupą sulfonową w miejsce wodoru ma więc swoiste farmakodynamiczne działanie.

Jestto proszek bezbarwny, łatwo w wodzie rozpuszczalny, zawierający 38·6% teobrominy. W handel wprowadzony przez fabrykę przetworów chemicznych Gedeona Richtera w Peszcie. Dawka jego wynosi 3 gr. dziennie.

Skutek leczniczy ma pochodzić od rodnika kwasu albuminotropowego i sulfosalicylowego, jak również od działania moczopędnego zasad ksantynowych. Dlatego też stosowanie teosaliny byłoby tam wskazane, gdzie chodzi o wydalenie z ustroju płynów, zawierających białko.

Podawanie więc teosaliny ma być skuteczne w wysiękach i przesiękach wszelakiego rodzaju. Właściwe jej działanie polega na tem, że rodnik kwasu salicylowego łączy się z istotą białkowatą w rozczynie będącą, wytrąca z niej włóknik w postaci drobnego osadu, a nie w postaci długich pasm włóknistych, któreby trudniej uległy wessaniu. Drugie działanie teosaliny, moczopędne, polegać ma na wzmożonej czynności nerek.

Z tego założenia wychodząc, należałoby, według Richtera, stosować teosalinę we wszystkich ostrych i przewlekłych zapaleniach nerek podczas wodnistości krwi, jakoteż w ogólnych obrzękach, czy to na tle niedomogi mięśnia sercowego, czy to w niedomodze i marskości nerek.

W tutejszej klinice medycznej stosowano teosalinę we wszystkich wyżej wspomnianych stanach, a więc w obrzękach przy niedomodze mięśnia sercowego (w 8 przypadkach), w marskości wątroby (1 przypadek), w ostrem zapaleniu nerek (2 przypadki), w marskości nerek (3 przypadki).

We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem jednego, nie zauważono po podaniu przez 6 dni teosaliny po 3 gr. dziennie żadnej poprawy. Ilość moczu, jakoteż ilość białka w moczu nie uległa żadnej zmianie. Wogóle wszystkie objawy chorobowe pozostały bez zmian na lepsze, a w jednym przypadku (Insuff. valv. aortae c. myocarditide) ilość moczu zmniejszyła się o 400 po jednej dobie (z 900 na 500 gr.).

W jednym tylko przypadku marskości nerek (nephritis interstitialis chronica) po podaniu 3 gramów teosaliny ilość moczu, która przedtem, mimo podania w znacznych dawkach diuretyny (4 gramy dziennie) była 600—800 gr. na dobę, znacznie się zwiększyła, tak że po dwóch dniach dochodziła do dwóch tysięcy, a ilość białka znacznie się zmniejszyła; i tak przed podaniem teosaliny wynosiła 2·4%, a obecnie waha się między 0·6 a 0·8%. Obrzęki na kończynach dolnych znacznie się zmniejszyły, jakoteż duszność, która przedtem była bardzo znaczna, ustąpiła.

Aczkolwiek teosalina teoretycznie jej przypisywanych wskazań nie spełnia, może ona działać w pewnych, dotąd jeszcze bliżej nieokreślonych, przypadkach chorobowych i warunkach nam nieznanych.

2. Bilen.

Jestto przetwór, wyrabiany przez pracownię chemiczno-farmaceutyczną dra Eggera i J. Eggera w Peszcie, wprowadzony w handel i reklamowany jako łagodny i fizyologiczny sposób przyspieszający ruchy robaczkowe jelit, głównie jelita grubego. Czynnikiem działającym w bilenie są kwasy żółciowe (acid. aethylocholalicum). Już dawniej u ludu wiadomem było, że w żółci znajdują się składniki, przyspieszające ruchy robaczkowe jelit. Nowoczesne badania w tym kierunku przeprowadzili Schüpbach (Zeitschr. f. Biologie 1908 S. 1) i Francuzi Hallian i Nepper (Comptes rend. de la Soc. de biologie 1907 Nr 182). Udowadniali oni, że kwasy żółciowe jako takie, wywołują już to pojedyncze, już to skombinowane skurcze w dolnym odcinku jelita cienkiego, głównie zaś w jelicie grubem.

Następne doświadczenia na zwierzętach w tym kierunku przeprowadzili Gust. Singer i K. Glaessner i przekonali się, że żółć, wstrzyknięta do kiszki stolcowej, wywoływała po kilku minutach obfity stolec. W dalszych doświadczeniach, systematycznie na ludziach przeprowadzanych, udowodnili ci badacze, że głównym czynnikiem w żółci,

działającym na ruchy robaczkowe jelit, są kwasy żółciowe i że przy najuporczywszych zaparciach stolca, po wstrzyknięciu kwasów żółciowych do odbytnicy już po 10 lub 15 minutach był zawsze obfity stolec, który zupełnie odpowiadał prawidłowemu. Dalszych badań w tym kierunku dokonał Magnus; starał się on udowodnić, że żółć, względnie jej składniki, t. j. kwasy żółciowe, zajmują obecnie pierwszorzędne stanowisko między środkami przeczyszczającymi, głównie dlatego, że po podaniu ich następuje stolec zupełnie prawidłowy jak w fizyologicznych warunkach, a nie, jak po wszystkich innych środkach przeczyszczających.

Wskazania do podania przetworów z kwasów żółciowych (bilenu) przez odbytnicę w postaci czopków według Glaessnera i Tingera są następujące: 1) Zaburzenia ruchowe w odbytnicy, 2) porażenie jelit pooperacyjne, 3) przewlekłe zapalenie otrzewnej, wreszcie u obłożnie chorych, u których zachodzi potrzeba szybkiego wywołania stolca.

Fabryka Eggera wyrabia takie czopki, których głównym składnikiem działającym są kwasy żółciowe pod nazwą bilenu i poleca podawać dwojakiego rodzaju czopki, oznaczone liczbami; i tak czopki opatrzone Nr I zawierają 0·30 kwasów żółciowych (acid. aethylocholalicum), zaś Nr II zawierają 0·50 tychże kwasów; pierwsze nazwane są słabsze, a drugie mocniejsze.

W tutejszej klinice stosowano bilen w 38 przypadkach przewlekłego zaparcia stolca u obłożnie chorych, jakoteż w stanach porażenia jelit.

Po założeniu jednego czopka bilenu Nr I, (t. j. o zawartości 0·30 acid. aethylocholalic.), pojawiał się po 10 minutach, a najpóźniej po półgodzinie przeważnie u wszystkich chorych stolec obfity papkowaty. Wszyscy ci chorzy skarżyli się na silne parcie i na bóle w dolnej części brzucha przed oddaniem stolca. U chorych nieprzytomnych, jakoteż u takich, którzy pod jakąkolwiek postacią zażywali morfinę, czasami i trzy czopki stolca nie sprowadzały.

Badania chemiczne czopków bilenu wykazało obecność kwasów żółciowych i masła kakaowego bez gliceryny.

Wobec tego próbowano działania soli sodowej kwasów żółciowych (natrium choleinicum) w postaci czopków w ilości 0·30 i 0·50 na jeden czopek, a działanie tych czopków zupełnie odpowiadało działaniu bilenu. Dlatego uważam za stosowne użyć zamiast bilenu, którego cena (sześć czopków 2·50 K), soli sodowej kwasów żółciowych w postaci czopków, które mogą być zawsze świeżo sporządzone (cena dziesięciu takich czopków wynosi 2 K 60 h)

3. Peristaltin.

Jestto glikozyd, wyrabiany z kory szakłaka Pursha (rhamnus purshiana), względnie syntetycznie zestawiony z pewnej grupy chemicznej glikozydów, który ma tę wyższość nad innymi przetworami wyrabianymi z kory szakłaka Pursha, jak n. p. Cascara Sagrada, że składa się zawsze z pewnej ilości stale działających środków i działanie jego ma być stałe i pewne. Kaskara sagrada i jej pokrewne środki nie zawierają nigdy stałej ilości środków, które działają, dlatego też działanie ich jest różne i niepewne.

Peristaltyna jestto proszek żółty, nieco hygroskopijny, krystaliczny, łatwo w wodzie rozpuszczalny; ogrzany nieco ulega rozkładowi hydrolitycznemu. Dopiero niedawno została odkrytą, aczkolwiek znajduje się w korze szakłaka w znacznie większej ilości, aniżeli dotychczas w tej korze znaleziony składnik, t. j. triomethyl-antrachinon.

Należy zwrócić na to uwagę, że z peristaltyny, która jest głównym składnikiem wyciągu sagradowego, nie można otrzymać związków antracenowych. Można ją więc podawać nawet w większych dawkach bez wywołania jakiegoś ubocznego działania, n. p. nudności lub wymiotów, podczas gdy w większych dawkach podany wyciąg z cascara sagrada) sprawia, jak Combemale zauważył, u psów wymioty i stolce krwawe.

Peristaltyna, jako nowy glikozyd z kory szakłaka Pursha wyrabiany i w handel wprowadzony przez fabrykę przetworów chemicznych w Bazylei, ma być ze wszystkich szkodliwych składników oczyszczona i nie trująca nawet w większych dawkach.

Obecnie dokonują się dalsze dokładniejsze badania w tejże fabryce z udziałem Prof. dra Tschirschena, dyrektora zakładu farmakologicznego w Bernie. O ile dotychczasowe badania wykazały, peristaltyna w ten sposób działa, że najpierw ulega wessaniu i dopiero po wessaniu jako produkt rozpadowy wydziela się przez jelita i działa na przyspieszenie ruchów robaczkowych jelit.

Peristaltynę podaje się w postaci pastylek w ilości 0·10 do 0·15 dziennie (2—3 pastylki), lub podskórnie w ilości 0·5 w jałowo przyrządzonych ampułkach. W ten więc sposób, jak podaje ogłoszenie, podana peristaltyna ma działać jako środek wypróżniający. Po zażyciu 2—3 pastylek lub po wstrzyknięciu podskórnie w ilości 0·5 gr. działa po dziesięciu godzinach i wywołuje 2—3 stolce papkowate i obfite. W moczu nie zauważono po podaniu peristaltyny niczego nieprawidłowego. Ma ona też działać leczniczo na przewlekłe zaparcie stolca, zwłaszcza na tle nerwowem. Według reklamy dodatnią stroną peristaltyny jest jeszcze i to, że chorzy się do niej nie przyzwyczajają i że dawki peristaliyny, przeciwnie, jak to bywa przy innych środkach przeczyszczających, nie trzeba zwiększać, lecz nawet w pewnych odstępach czasu dochodzi się do tego, że nawet już w najmniejszych dawkach peristaltyna wywołuje stolce, wreszcie i bez peristaltyny mają być stolce regularne. I tak leczniczo podaje się w pierwszym tygodniu 2—3 pastylek codziennie, a w następnych tygodniach schodzi się do jednej względnie do $^1/_2$ pastylki, która ma z czasem ten sam skutek.

W tutejszej klinice medycznej stosowano peristaltynę w 46 przypadkach zaparcia stolca i to głównie w zaparciach przewlekłych, tak wewnętrznie przez jamę ustną, jakoteż podskórnie w dawkach wyżej podanych.

Po wstrzyknięciu podskórnem wszyscy chorzy skarżyli się na dotkliwy ból w miejscu wstrzyknięcia, trwający 24 godzin, a u niektórych chorych nawet kilka dni; nacieku w miejscu wstrzyknięcia nie zauważono. Skutku wyraźnego po peristaltynie nigdy nie było, niektórzy chorzy wprawdzie po 12 godzinach mieli stolec, ale nie bardzo obfity. (Przed stolcem zwykle były bóle w całym brzuchu tak, że potem uciekano się do innych środków przeczyszczających).

Podawano też często stosownie do przepisu peristaltynę w postaci pastylek. U niektórych chorych z początku po 3 pastylkach był jeden lub dwa stolce po 12 godzinach, wszyscy jednak chorzy skarżyli się na parcie i silne bóle kłujące w całym brzuchu. U takiego chorego, u którego pierwszy raz 3 pastylki wywołały stolec lub dwa stolce, podano po kilku dniach 5 pastylek, lecz bez najmniejszego skutku, a więc wręcz przeciwnie, niż ogłoszenie powiada. U nas trzeba było stale dawkę zwiększać i to nieraz bez skutku. Podobnie też było przy wstrzykiwaniach podskórnych.

Wobec powyższych wyników widzimy, że peristaltyna »Ciba« nie poleca się jako środek przeczyszczający, któryby działał inaczej i lepiej, niż inne tak liczne w użyciu obecnie będące środki przeczyszczające; można ją co najwyżej na równi postawić z innymi, dosyć łagodnie działającymi środkami przeczyszczającymi. Badane w tych przypadkach mocze i stolce u tych chorych nie wykazywały nic nieprawidłowego.

Piśmiennictwo. 1) Pietsch. Über Peristaltin. (Aus dem medizinisch-chem. und pharmakol. Institut der Universität Bern. Direktor Prof. Dr Emil Bürgi). Therap. Monatsh. 1910. Januar. —2) Hagena. Über die Wirkung des Peristaltin Inaug. Dissert. Bern 1911. — 3) Vorläufige Mitteilung über die mit Peristaltin

angestellten Versuche an dem pharmakol. Institut der Universität Marburg. Direktor Prof. Dr Gürber. Münch. med. Woch. 1910. Nr 34 pag. 1812.

Dr Z. Wachtel, asystent kliniki.

Oceny i sprawozdania.

Dermatologische Studien. Tom I. Wydawnictwo poświęcone Prof. P. G. Unnie przez przyjaciół i uczniów. Hamburg, L. Voss. 1911 r.

Orth. **Przyczynek do znajomości kiły wrodzonej.** Autor opisuje na podstawie 394 sekcyi zwłok dzieci częstość różnych objawów kiły wrodzonej tak w skórze, jak i w błonach śluzowych, w kościach i narządach wewnętrznych. O. zwraca przytem uwagę na błąd, często popełniany przez określanie kiły wrodzonej jako dziedzicznej. Jeżeli zdrowe nasienie donosi do zdrowego jaja krętek kiłowy, to możemy mówić o zakażeniu zarodkowem, ale nie o dziedziczeniu; nie popełnimy zaś nigdy błędu, gdy ten stan chorobowy nazwiemy kiłą wrodzoną (syphilis congenita).

Brocq L. **Dermatites polymorphes non douloureuses.** Ze względu na brak znajomości etyologii tych schorzeń skóry uważa B. nazwę derm. polymorphe za syndrom obejmujący dużą grupę, mieszczącą w sobie postacie ostre prawdziwe bez bólów i takież z bólami, a między niemi postacie przejściowe. Z postaci przewlekłych odznaczają się jedne bólami, inne są bezbolesne, jedne są opryszczkowate (herpetiforme), inne nie mają tej cechy. W całej tej grupie zatem zauważyć można bardzo wybitną wielopostaciowość.

Prof. Finger. **O odporności i powtórnem zakażeniu w kile.** Tezę Ricorda o trwałej odporności u kiłowych zbiły ostatecznie doświadczenia ostatnich czasów z jadem kiłowym. Przedewszystkiem stwierdzono bowiem, że jad kiłowy stanowi co do swej żywotności stałą wielkość, a różnice odczynu zależą od podłoża, na którem się jad rozwija. Dziś już mamy dużo dowodów w tym kierunku tak w patologii, jak i w doświadczeniach na zwierzętach. Dalej przyjąć trzeba, że nawroty kiły powstają w około pozostałych zarodków chorobowych. Działanie rtęci przedstawia autor w ten sposób, że lek ten zmienia podłoże do tego stopnia, iż krętki obumierają lub prowadzą żywot saprofitów, — ale ta zmiana podłoża utrzymuje się tylko przez pewien czas. Przebieg kiły przedstawia F. w ten sposób, że jad dostaje się drogą krwi do wszystkich narządów i wywołuje zmiany, najczęściej w skórze lub w błonach śluzowych, w niektórych miejscach zaś pozostaje utajony jako saprofit do pewnego czasu, a rozwija się i działa chorobotwórczo dopiero w jakiejś pewnej chwili. Równocześnie z rozwojem jadu powstają jednak i objawy odporności, które zmniejszają wrażliwość niektórych narządów n. p skóry, a nawet mogą ją zupełnie znieść, czego następstwem jest wyleczenie, albo też pozostaje gdzieś ognisko, które wybucha kiedyś później pod wpływem jakiegoś szkodliwego czynnika. Wrażliwość zatem jak i odporność, tak czasowa jak i miejscowa, ulegają w przebiegu kiły bardzo znacznym wahaniom. Dlatego to spostrzegano czasami, chociaż rzadko, objawy ponownego zakażenia (reinfectio) lub dodatkowego zakażenia (superinfectio), na co autor przytacza jako dowód własne i cudze spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne.

Prof. Goldscheider. **Uwagi epikrytyczne w nauce o punktach ciepłoty.**

Prof. Mibelli V. **Nomenclatura dermatologica.**

Fraenkel E. **O chorobach skórnych przerzutowych przy ogólnych schorzeniach zakaźnych.** Wiadomo powszechnie, że skóra może brać udział w zakażeniach ogólnych, chociaż mikroby nie znajdują w skórze pomyślnych dla swego rozwoju warunków. Znamiennym przykładem jest gruźlica prosówkowa, w przebiegu której rozwój zmian w skórze należy do rzadkich wyjątków. Autor opisuje schorzenia przerzutowe skóry w przebiegu zakażenia ogólnego paciorkowcem, gronkowcem, prątkiem ropy błękitnej (pyocyaneus) i prątkiem Friedländera. Różnice kliniczne tych różnych zakażeń są bardzo wybitne i w schorzeniach skórnych. Prątek Friedländera wywołuje ognisko pojedyncze, ale duże, — gronkowce małe wykwity, ale zazwyczaj liczne, jako ogniska ropne, które poprzedzają czasami wybroczyny. Prątek ropy błękitnej jest przyczyną ognisk krwawo-zgorzelinowych, połączonych niejednokrotnie z pęcherzami, — a paciorkowce, działając na ściany tętnic, wiodą także nierzadko do wybroczyn i w niektórych miejscach do zatorów ciałkami wysiękowemi.

Prof. Audry. **O budowie dymienicy przewlekłej.**

Jamieson W. A. **Metody lecznicze Unny.**

Winkler F. **Leucoderma syphiliticum.** Na mocy swych doświadczeń z naświetlaniem miejsc odbarwionych i skóry wyciętej, w której może się wytwarzać barwik po śmierci (Meirowsky, Königstein), dochodzi autor do wniosku, że komórki podstawowe naskórka w odbarwionych plamach kiłowych nie mogą wytwarzać barwika, a następnie, że w tych przypadkach odbarwienia nie tylko barwik znika, ale zmniejszone jest i jego dostarczanie. Trudno rozstrzygnąć na razie, czy zapalenie swoiste tkanek zmienia chemizm komórek (Brandweiner), czy też zmiany w naskórku wynikają ze zboczeń w naczyniach krwionośnych (Majeff i Hjelmann).

Krzyształowicz.

Końcowe sprawozdanie królewskiej[1]) komisyi powołanej do ustalenia stosunków, zachodzących między ludzką a bydlęcą gruźlicą. (Final report of the Royal Commision appointed to inquire into the relations of human and animal tuberculosis. IV. str. 54. Londyn 1911).

Od czasów znakomitych badań francuskiego przyrodnika Chauveau, ustaliła się i nabrała mocy prawie dogmatu nauka o tożsamości gruźlicy ludzkiej i gruźlicy bydlęcej. Ponieważ Chauveau dowodził, że człowiek nabyć może gruźlicy drogą przewodu pokarmowego, oparła się na tej nauce cała społeczna ochrona przed gruźlicą. Aż nagle na kongresie londyńskim wstrząsnął silnie tym dogmatem Robert Koch, występując przeciw ogólnie przyjętym zapatrywaniom w sprawie etyologii i ochrony przed gruźlicą. Wygłosił bowiem zdanie, że gruźlica ludzka etyologicznie różni się od gruźlicy bydlęcej i nie da się przenieść na bydło i wreszcie, że przenoszenie się gruźlicy na ludzi z mlekiem lub mięsem, pochodzącem z gruźliczego bydła jest równie rzadkie, jak przenoszenie się gruźlicy drogą dziedziczenia. Stąd wynikał praktyczny wniosek, którego zresztą nie wahał się Koch wyciągnąć i ogłosić zupełnie stanowczo, że jego zdaniem nie ma najmniejszej potrzeby zapobiegania przeciw temu »wątpliwemu« sposobowi rozpowszechniania się gruźlicy. Zdanie to, wygłoszone przez taką powagę, wywarło olbrzymie wrażenia tak, że Edward VII. powołał w dniu 31. sierpnia 1911 r. komisyę, której polecił zająć się wyświetleniem sprawy i zbadaniem stosunków, zachodzących między gruźlicą ludzką i gruźlicą bydlęcą.

Komisya ta, której przewodniczył pierwotnie zmarły profesor fizyologii w Uniwersytecie w Cambridge, Sir Michał Foster, a później W. H. Power, składała się z następujących członków: G. Sims Woodhead, profesor patologii we wspomnianej wyżej wszechnicy, Sidney H. C. Martin, profesor patologii w »University College« w Londynie, I. Mc. Fadyean, profesor porównawczej patologii i bakteryologii w »Royal Veterinary College« i Sir Rubert W. Boyce, profesor patologii w »University College« w Liwerpolu, zmarły w kilka miesięcy przed ogłoszeniem końcowego sprawozdania.

Następujące trzy pytania postawiono tej komisyi: 1) czy gruźlica u zwierząt i u ludzi jest jedną i tą samą chorobą? 2) czy zwierzęta i ludzie mogą się wzajemnie zaka-

---

[1]) Angielskiej.

żać?, 3) w jaki sposób, jeżeli to wogóle możliwe, przenosi się choroba ze zwierzęcia na człowieka i jakie okoliczności przenoszenie się to ułatwiają, a jakie utrudniają?

W pierwszem, wstępnem sprawozdaniu w roku 1904 ogłosiła komisya, że prątki, znalezione w ogniskach gruźliczych u ludzi, wywołują u zwierząt chorobę, która się niczem nie odróżnia od gruźlicy bydlęcej. Drugie sprawozdanie, ogłoszone w r. 1907, poświęcono szczegółowemu wyświetleniu sprawy gruźlicy ludzkiej i gruźlicy bydlęcej. W trzeciem sprawozdaniu, z r. 1909, podano wynik badania warunków, w jakich mleko, pochodzące z gruźliczych krów, jest zakaźnem.

Obecna publikacya, która stanowi końcowe sprawozdanie komisyi, obejmuje sprawę badaną w całej już rozciągłości, oraz przynosi szereg przyczynków nowych i ważnych.

Pierwszym faktem, stwierdzonym przez badania królewskiej komisyi, jest to, że niema żadnej różnicy pod względem morfologicznym między obydwoma typami prątka gruźliczego, między typem ludzkim i typem bydlęcym. Różnią się zaś między sobą tylko różne odmiany prątków zwierzęcych i to i co do cech hodowli i co do siły chorobotwórczej. Różnicą, jaką można stwierdzić w hodowlach typu ludzkiego i zwierzęcego, jest to, że prątek ludzki rozwija się znacznie plenniej na wszystkich pożywkach. Należy jednak w każdym razie zaznaczyć, że pod tym względem można widzieć cały szereg odmian u prątków gruźliczych pochodzenia zwierzęcego i że trudno pociągnąć ścisłą granicę między prątkiem ludzkim, a tymi z pośród zwierzęcych prątków, które rosną dość bujnie.

Prątek zwierzęcy wywołuje gruźlicę śmiertelną u bydła, u królików, morskich świnek, małp, kóz i świń, zaś prątek ludzki wywołuje gruźlicę, również ze śmiertelnem zejściem, u morskiej świnki i małpy, natomiast u bydła, kóz i świń sprowadza zmiany lekkie i nie postępujące nawet wtedy, gdy zakażono zwierzę wielkiemi dawkami. Zmiany, wywołane przez prątek ludzki u królików, są różnorakie: przeważnie bardzo nieznaczne, a czasem bardzo rozległe, ciężkie, kończące się śmiercią.

W każdym przypadku są morskie świnki i małpy bardzo wrażliwe na działanie obu typów gruźlicy, które wywołują u tych zwierząt zawsze tę samą chorobę, tak pod względem anatomicznym, jak i pod względem histologicznym.

Z drugiej strony mieli członkowie królewskiej komisyi sposobność badania kilku przypadków gruźlicy u człowieka, wywołanej niewątpliwie i wyłącznie przez prątek bydlęcy. Otóż porównując te przypadki z przypadkami gruźlicy, wywołanymi zakażeniem prątkiem ludzkim, nie mogli stwierdzić żadnej różnicy, i to ani pod względem przebiegu klinicznego, ani pod względem cech anatomicznych. Człowieka należy zatem umieścić w jednym szeregu ze zwierzętami, szczególnie wrażliwemi na działanie prątka gruźliczego bydlęcego.

Co się tyczy jadowitości, to można stwierdzić odmiany prątków, stanowiące niejako przejścia z jednego typu do drugiego. I tak w niektórych przypadkach tocznia i gruźlicy końskiej wyosobnili członkowie komisyi prątki o cechach hodowlanych, właściwych typowi bydlęcemu, które jednak równocześnie okazywały względem bydła i królików siłę chorobotwórczą wcale nie większą, niż się stwierdza na ogół u typu ludzkiego. Różnice hodowlane, któremi się odróżniają od siebie prątek ludzki i bydlęcy, są tylko drobne i dlatego komisya przychyla się do zdania, że oba te typy prątków należy uważać za zwykłe odmiany jednego i tego samego prątka, zmiany zaś wywołane przez jeden i drugi prątek, zarówno u człowieka jak i innych ssaków, za przejawy jednej i tej samej choroby.

Co się zaś tyczy pytania, czy gruźlica ptasia jest tej samej przyrody, co gruźlica bydlęca i gruźlica ludzka, to komisya wyraża zdanie, że w obecnym stanie nauki nie posiadamy dostatecznych dowodów, potwierdzających tę tożsamość.

Drugie pytanie, które miała komisya do rozwiązania, a mianowicie, czy gruźlica może się przenosić wprost z człowieka na zwierzę i na odwrót, przedstawiało wyjątkowe trudności, bo jak wrażliwość zwierząt na zakażenie pochodzenia ludzkiego da się łatwo dowieść doświadczeniem, tak z drugiej strony nie można iść tą samą drogą, chcąc udowodnić, w jakiej mierze wrażliwy jest człowiek na zakażenie pochodzenia zwierzęcego. Jednakże nie wynika z tego, iżby można zaprzeczyć możliwości zakażenia się człowieka gruźlicą bydlęcą. Przeważna część przypadków gruźlicy u człowieka, wywołanej prątkiem bydlęcym, które członkowie komisyi spostrzegali, była to gruźlica gruczołów krezkowych i zaotrzewnych u dzieci. Ale i dorośli mogą również zakazić się prątkiem bydlęcym i tego rodzaju zakażenie może być nawet przyczyną gruźlicy płuc.

Trzecie pytanie, przedłożone komisyi, odnosiło się do warunków, w jakich dokonywa się przenoszenie gruźlicy ze zwierzęcia na człowieka. Pod tym względem należy przedewszystkiem zaznaczyć, że względnie niedużo jest zwierząt skłonnych do ogólnej, ciężkiej gruźlicy pochodzenia ludzkiego, a nadto, że człowiek zwykle nie pożywia się pokarmami z żadnego ze zwierząt bardzo wrażliwych na zakażenie gruźlicą ludzką. Bydło stanowi podłoże mało podatne dla rozwoju prątka gruźlicy ludzkiej, a nawet krowa, która, dotknięta gruźlicą bydlęcą, wydziela z mlekiem prątki bydlęce, nigdy nie wydziela w warunkach naturalnych prątków ludzkich. Udało się wprawdzie na drodze doświadczenia znaleść prątek gruźlicy ludzkiej w mleku krowy i kozy, lecz, aby to uzyskać, trzeba było zaszczepić bardzo wysokie dawki hodowli; tylko w tych warunkach dostaje się prątek ludzki do krwi zwierzęcia, a stąd do przewodów mlecznych i do mleka.

Nie możnaby z drugiej strony zapewnić w sposób stanowczy, że człowiekowi zupełnie nie zagraża niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą ludzką za pośrednictwem pokarmów zwierzęcych. Należy bowiem uważać nierogaciznę za możliwe źródło gruźlicy u człowieka, wywołanej prątkiem typu ludzkiego. Nadto należy zwrócić uwagę, że po za bydłem nierogacizna jest jedynem powszechnie pożywanem przez człowieka zwierzęciem, u którego, jak stwierdzili członkowie królewskiej komisyi, prątek bydlęcy wywołuje zwykle zmiany postępujące. Członkowie komisyi znaleźli prątki bydlęce w dostatecznej liczbie przypadków gruźlicy u świń, by mieć podstawę do zwrócenia uwagi na to niebezpieczeństwo.

Na 128 przypadków gruźlicy u dorosłych z zejściem śmiertelnem, znaleźli członkowie komisyi w olbrzymiej przewadze przypadków, szczególnie gruźlicy płuc, prątek typu ludzkiego jako czynnik chorobotwórczy. Zgoła inaczej przedstawiała się sprawa w przypadkach gruźlicy brzusznej, szczególniej u dzieci. Pomiędzy dziećmi, zmarłemi na gruźlicę narządu trawienia, prawie u połowy stwierdzono zakażenie prątkiem bydlęcym, i to nim wyłącznie. To samo źródło zakażenia dało się także stwierdzić w wielu przypadkach gruźlicy gruczołów szyjnych u dzieci i dość często u dorastającej młodzieży.

Opierając się na tym całym szeregu stwierdzonych faktów, uznaje królewska komisya za konieczne, w interesie dzieci i dla ochrony zdrowia publicznego wogóle, utrzymać w całej surowości wszystkie dotychczasowe zarządzenia ochronne ze względu na przemysł mleczarski i oględziny mięsa. Uznaje nawet, że obecne ustawodawstwo w Anglii powinno być zaostrzone.

W przeciwieństwie do wniosków, do jakich doszła ankieta niemiecka, że niebezpieczeństwo wypływające dla człowieka z pożywania mleka i przetworów mlecznych, pochodzących z krów dotkniętych gruźliczem zapaleniem sutka, jest minimalne, komisya angielska zwraca szczególną uwagę na to właśnie niebezpieczeństwo. Przy tej sposobności jak

najdobitniej podkreśla ten fakt, że prątki gruźlicze bydlęce mogą być nietylko bardzo obfite w mleku krów chorych na gruźlicze zapalenie sutka, ale że nawet mogą się znajdować w mleku krów gruźliczych, nie okazujących żadnych zmian w sutkach, nawet zmian dostrzegalnych na sekcyi. Co więcej, mleko takie, nie zawierające prątków, po opuszczeniu wymienia może się łatwo zakazić od kału lub wydzielin z części rodnych chorego zwierzęcia. Wobec tego komisya angielska jest przekonana, że środki ochronne, zmierzające do zapobiegania spożywania z mlekiem żywych prątków gruźliczych bydlęcych, obniżają znacznie ilość przypadków gruźlicy jamy brzusznej i gruźlicy gruczołów szyjnych u dzieci. Środki ochronne powinny mieć na względzie wszelkie mleko, pochodzące od krów gruźliczych, bez względu na siedzibę schorzenia i bez względu na to, czy dotknięty jest sutek, czy części rodne. Stahr.

Eijkman. **L'internationalisme scientifique** (sciences pures et lettres). Wydawnictwo »Bureau préliminaire de la fondation pour l'internationalisme« w Hadze (6 van Lennepfeg, La Haye) 1911. Stron XII+108 i dopiski.

W roku zeszłym wydał Dr Eijkman, lekarz w Hadze, broszurę p. t. »L'internationalisme médical«, z której i »Przegląd lekarski« zdał sprawę. Broszura ta zawierała wiadomości o wszelkich międzynarodowych instytucyach, korporacych, zjazdach naukowych i t. p. lekarskich, a zmierzała do tego, aby pomiędzy mnogiemi już dziś lekarskiemi instytucyami międzynarodowemi (przeszło 200) stworzyć łącznik i przygotować teren dla rodzaju »Związku związków naukowo-lekarskich«, czuwającego nad odpowiedniem wzajemnem porozumieniem i podziałem pracy. Stanowisko, zajęte przez autora broszury w sprawie organizacyi wszelkich międzynarodowych prac naukowo-lekarskich, było dla nas Polaków dlatego szczególnie interesujące, że zdaniem Dr Eijkmana powinny być wszelkie zjazdy i instytucye naukowe wyemancypowane z pod wpływów politycznych, niezależne od rządów różnych państw, a oparte tylko na instytucyach i korporacyach naukowych różnych narodów; rzecz prosta, że spełnienie się tego postulatu zapewniałoby i nam Polakom sprawiedliwy udział i przedstawicielstwo w pracach międzynarodowych, którego nam dotąd odmawiają.

Obecnie wydana książka Dr Eijkmana, ułożona zupełnie wzorem poprzedniej, dotyczy międzynarodowych instytucyi w zakresie nauk ścisłych i humanistycznych i oprócz tego zawiera ona dopełnienie wiadomości o takichże instytucyach lekarskich. Razem zebrał autor w obu książkach wiadomości o 614 instytucyach międzynarodowych. Wskazując na konieczność stworzenia centralnej międzynarodowej komisyi higienicznej, powołuje się autor na wyniki, osiągnięte dotąd przez międzynarodową komisyę zjazdów lekarskich. Również proponuje autor utworzenie (z siedzibą w Hadze) stałego Biura międzynarodowego nauk ścisłych i humanistycznych, opartego o istniejący już »Międzynarodowy Związek Akademii Umiejętności«. Myśl niewątpliwie doniosła; niestety dla nas Polaków wniosek oparcia owego Biura o »Związek Akademii« nie jest korzystny, bo i w owym »Związku Akademii« pokrzywdzono nas, nie przyznając osobnego przedstawicielstwa naszej Akademii. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

A. Wassermann-Keysser i M. Wassermann. **Przyczynki do sprawy wpływania na nowotwory drogą krwi.** (Deut. med. Woch. 1911, Nr 51). Praca niniejsza, wychodząca pod egidą Wassermanna, dająca przeto pewne rękojmie, wydaje się doniosłą, albowiem podają w niej autorzy, że udało im się leczyć zupełnie bardzo złośliwe nowotwory myszy, i to tak szczepione, jak i samorodne, zapomocą wstrzykiwań śródżylnych połączenia eozyny z selenem. Po ośmiu wstrzykiwaniach wszystkie nowotwory znikały. Wessanie jednak czasem może być tak szybkie, że grozi życiu zwierzęcia. Tok doświadczeń był następujący. Selen i tellur posiadają tę własność, że działają swoiście na tkankę rakową. Chodziło więc o to, by, jak wyraża się Ehrlich, mając gotowy pociąg, znaleść w ustroju dla tych ciał relsy, któreby dobrowadziły je do nowotworu drogą krwi. Takiemi ciałami pośredniczącemi okazały się po długich badaniach barwniki fluoresceinowe, a zwłaszcza eozyna. Zapomocą wstrzykiwań połączenia eozyny z selenem można wywołać szybkie znikanie nowotworów myszy, i to trwałe bez nawrotów, co niejednokrotnie autorowie stwierdzili. Czy i u człowieka skutek będzie podobny, wykażą dalsze badania. Klęsk.

Medycyna wewnętrzna.

Mouriquand i Cremieu. **O leczeniu gruczołem tarczowym przewlekłego gośćca u osobników, dotkniętych wolem.** (Paris medical 1911, Nr 47). U osobników, dotkniętych wolem, gościec stawowy nie pojawia się częściej, niż u zdrowych, bo napotykano go tylko u 8—10% tych chorych. Natomiast zwykł gościec stawowy utrzymywać się u nich bardzo długo i uporczywie. Fakt ten opisywali Lévi, Rotschild, Weil i Mouriquand. Obecnie przedstawiają autorowie szczegółowo cztery nowe historye choroby i dochodzą do wniosku, że przerost gruczołu tarczowego jest czynnikiem, wywołującym przechodzenie gośćca stawowego w stan podostry i znaczne przedłużenie jego trwania. Leczenie wyłączne przetworami salicylowymi bywa wówczas bezskuteczne, a dobre wyniki lecznicze można otrzymać dopiero przez połączenie podawania gruczołu tarczowego (jodotyryny) z przetworami salicylowymi. Dr Blassberg.

Labbé i Violle. **O przekwaszeniu ustroju (acidosis) i leczeniu śpiączki cukrzyczej.** (Paris médical 1911, Nr 43). Dotychczasowe spostrzeżenia wykazały niezbicie, że śpiączkę cukrzyczą można wyleczyć alkaliami. Ponieważ jednak usiłowania lecznicze przy rozwiniętej już śpiączce bywają bardzo często bezowocne, przeto autorowie postanowili zwrócić usiłowania lecznicze ku usuwaniu przekwaszenia ustroju (acidosis), poprzedzającego objawy śpiączki. Wskaźnikiem przekwaszenia ustroju jest amoniak w moczu, którego 1 grm odpowiada w przybliżeniu 6·12 grm. kwasu β.-oksymasłowego. Badania więc moczu chorych, dotkniętych cukrzycą, co do zawartości amoniaku, uważają autorowie za rzecz równie ważną, jak oznaczanie ilości cukru. Ubywanie ilości cukru w moczu niezawsze jest wyrazem poprawy stanu chorobowego i nieraz idzie wręcz w parze z pogorszeniem choroby i wzrostem ilości amoniaku w moczu. Istnienie przekwaszenia ustroju należy przyjąć wówczas, jeżeli ilość amoniaku, która zazwyczaj waha się w moczu między 0·6 a 1 grm w litrze, przekracza tę liczbę. Atoli należy uskutecznić co najmniej cztery z rzędu badania dzień za dniem, przy niezmiennej dyecie, ażeby módz na pewno wyciągnąć odpowiednie wnioski. Jeżeli takie cztery badania wykazują liczbę, przekraczającą granicę prawidłową, lub też podnoszenie się krzywej amoniaku, należy wówczas bezzwłocznie zastosować energiczne leczenie alkaliczne i wyłączyć z dyety tłuszcz i białko i w ten sposób nie dopuścić do powstania śpiączki. Sama acetonurya nie jest, zdaniem autorów, wyrazem grożącej śpiączki cukrzyczej, bo acetonurya może się długo i wybitnie utrzymywać bez żadnych groźnych następstw i na odwrót może śpiączka nagle wystąpić bez poprzedzającej wybitnej zwiastunnej acetonuryi. Dr Blassberg.

S. Predtieczenskij. **Bakteryemia przy płucnej postaci moru.** (Russkij Wracz 1911, Nr 47). Predtieczenskij podkreśla, że o ile w dymieniczej postaci moru znajdowano laseczniki morowe we krwi chorych w znacznej

większości przypadków, osobliwie przed śmiercią, to przy morowem zapaleniu płuc sprawa ta nie była jeszcze badana. Jest nawet mniemanie, że gruczoły oskrzelowe nie przepuszczają laseczników morowych do krwi. P. w czasie ostatniej epidemii moru w Charbinie badał z polecenia prof. Zabołotnego krew u 15 chorych z płucną formą moru, i pomimo tego, że badanie odbywać się musiało w jak najgorszych warunkach, znajdował zarazki morowe we krwi chorych dość często w pierwszych dniach choroby i bardzo często w ostatnich dniach przed śmiercią.

A. Modrzewski.

Lintwarew. **Niszczenie krwinek czerwonych w śledzionie i wątrobie w warunkach fizyologicznych i patologicznych.** (Russkij Wracz 1911, Nr 46). Badając drobnowidowo wątrobę i śledzionę w jednym przypadku choroby Bantiego, spostrzegł autor w tych narządach komórki swoistego rodzaju. Komórki te wahały się co do wielkości od 14—16 μ, miały protoplazmę ziarnistą i były wypełnione czerwonemi krwinkami w różnej ilości. Takież komórki, tylko przeważnie rozpadające się, spostrzegał autor w wątrobie. Komórki te nazywa autor erytrofagami. Wyniki badań tego przypadku choroby Bantiego zachęciły autora do dalszych studyów w tym kierunku, na mocy których podaje następujące wnioski. Sprawa niszczenia krwinek czerwonych odbywa się w śledzionie, dzięki erytrofagom, które pochłonąwszy krwinki, dostają się z krwią do wątroby i tam rozpadają się, oddając barwik krwi komórkom wątrobnym dla wytwarzania żółci. W stanach patologicznych sprawa niszczenia krwinek przez erytrofagi wzmaga się znacznie. Choroba Bantiego, marskość wątroby, pierwotne powiększenie śledziony (splenomegalia) i niedokrwistość złośliwa nie są chorobami samoistnemi, należą tylko do jednej grupy pierwotnych niedokrwistości i różnią się od siebie tylko jakościowo. Jeżeli na pierwszy plan występują zmiany we krwi, mówimy o niedokrwistości złośliwej; jeśli główne zmiany zachodzą w wątrobie pod postacią rozwoju tkanki łącznej, mówimy o marskości wątroby; jeśli objawy ze strony krwi stanowią objaw podrzędny, a istnieje powiększenie śledziony, mówimy o pierwotnym przeroście śledziony (splenomegalia), zbiór zaś wszystkich wyżej wymienionych objawów składa się na chorobę Bantiego. Marskość wątroby powstaje wskutek drażnienia tkanki łącznej w wątrobie przez produkty rozpadu erytrofagów. Pierwotne powiększenie śledziony powstaje skutkiem takiegoż drażnienia tkanki łącznej produktami rozpadu czerwonych krwinek. Miejscem kruszenia się erytrofagów są ciałka Malpighiego, silne zaś ich rozmnażanie się jest skutkiem działania jadów, powstających w ustroju lub też dostających się doń z zewnątrz. Żółtaczkę krwiopochodną, która powstaje na tle nadmiernego rozpadu czerwonych krwinek, tłomaczy Lintwarew zjawiskami osmozy pomiędzy komórkami wątrobowemi a erytrofagami. Zmiany krwi przy niedokrwistości złośliwej zależne są z jednej strony od nadmiernego niszczenia czerwonych krwinek przez erytrofagi, z drugiej zaś strony od żywej czynności szpiku kostnego, który wysyła wtedy do krwi nietylko dojrzałe, ale też i młode formy czerwonych krwinek. Gruźlica i przymiot zmuszają ustrój do wytwarzania w ciałach Malpighiego fagocytów, niezbędnych do walki z chorobą, które mogą się stawać erytrofagami, co wieść musi do niedokrwistości. Takież tworzenie się fagocytów spostrzegać się daje w gruźlicy i przymiocie nietylko w śledzionie, ale także w gruczołach chłonnych.

Z. Gilewicz.

Pedyatrya.

Mołczanow. **Spostrzeżenia nad odczynem Pirqueta przy chorobach zakaźnych u dzieci.** (Russkij Wracz 1911, Nr 43). Pirquet zauważył, iż skórny odczyn tuberkulinowy nie występuje zwykle odrazu w czasie przebiegu odry, ale zjawia się dopiero po 6—7 dniach choroby. Spostrzeżenie to potwierdzili Hamburger i Wothmann, a w ślad za tem cały szereg autorów stwierdził, iż odczyn Pirqueta nie występuje w przebiegu wielu chorób zakaźnych. Mołczanow zbadał zapomocą odczynu Pirqueta 150 chorych; z tych 42 chorych na odrę, 50 na błonicę, 50 na płonicę, 2 na zapalenie ślinianki przyusznej i 2 na zapalenie gardła. Z 10 chorych na odrę, u których odczyn Pirqueta wykonano raz jeden, tylko w 3 przypadkach na 4—7. dzień choroby wypadł ujemnie, z tych w 2 przypadkach wystąpił dopiero na 10. dzień; z 7 zaś przypadków, w których odczyn wykonano na 11. dzień choroby, w 5 wypadł dodatnio, a w 2 ujemnie. Z 32 przypadków odry, w których odczyn wykonywano po kilkakroć (2—4 razy), wypadł on ujemnie w przebiegu wysypki we wszystkich przypadkach, po zniknięciu zaś wysypki wypadł dodatnio w 15 przypadkach. Powikłania choroby w okresie zdrowienia pod postacią nieżytu oskrzeli, nieżytowego zapalenia płuc i ropnego zapalenia ucha środkowego, nie wpływały ujemnie na występowanie odczynu. Ogółem w 8 przypadkach, w których odczyn wypadał ujemnie w okresie wysypki, występował on w okresie zdrowienia bez powtórnego szczepienia tuberkuliną. W przebiegu płonicy odczyn skórny Pirqueta wykonano raz jeden u 7 chorych: w 3 przypadkach w okresie wysypki wypadł ujemnie; z 4 zaś, w których wykonany został w okresie zdrowienia, w 3 wypadł dodatnio. W 43 przypadkach płonicy wykonano odczyn raz jeden w okresie wysypki i po raz wtóry w okresie zdrowienia. W 40 przypadkach odczyn wypadł ujemnie w okresie wysypki, a tylko w 23 przypadkach ujemnie w okresie zdrowienia. W 3 przypadkach lekkiej płonicy odczyn wypadł dodatnio w okresie wysypki. W 4 przypadkach odczyn wystąpił później, po przejściu do okresu zdrowienia.

W błonicy odczyn wykonano 1 raz u 23 chorych: z tych u 11 w ostrym okresie choroby, gdzie tylko 2 razy wypadł dodatnio; z 12 zaś przypadków, w których odczyn wykonano w okresie zdrowienia, w 3 przypadkach wypadł on dodatnio, a w 9 ujemnie. Z 27 przypadków błonicy, w których odczyn wykonano dwukrotnie w okresie ostrym choroby, wypadł on 12 razy dodatnio, a 15 razy ujemnie; w okresie zdrowienia otrzymał autor odczyn dodatni w 14 przypadkach, a ujemny w 13 przypadkach. W 2 przypadkach ospy wietrznej odczyn 1 raz wypadł dodatnio, a 1 raz ujemnie. To samo spostrzegał autor w 2 przypadkach zapalenia gardła i w 2 przypadkach zapalenia ślinianki przyusznej. Z powyższych danych wynika, iż w przebiegu odry w okresie wysypki w 100% spostrzegać się daje wrażliwość na tuberkulinę (przy naskórnem jej stosowaniu), która powraca w okresie zdrowienia. Takiż brak wrażliwości w przebiegu płonicy spostrzegać się daje w 85%, w błonicy zaś tylko w 12,5%, a w 50% spostrzegać się daje tylko obniżenie wrażliwości.

Objaw ten tłomaczyli w różny sposób Pirquet, Neumark, Wothmann, Hamburger, Escherich, Kraus, Sorgo, Rolly, autor jednak wobec tego, iż odczyn Pirqueta zależny jest od miejscowych zmian w skórze, podaje w wątpliwość jego swoistość.

Z. Gilewicz.

Neurologia i psychiatrya.

W. Bechterew. **O odruchowych objawach przy organicznych porażeniach ośrodkowego neuronu i o nowym grzbietowo stopowym odruchu dolnej kończyny.** (Obozr. psichiatr. i neurolog. 1911, Nr 7). Autor wylicza znane dotychczas patologiczne odruchy na kończynach, zwłaszcza dolnej. Wspomina więc najprzód o stopowstrząsie, dalej o objawie, opisanym już dawniej przez siebie, a polegającym na oporze, który występuje przy szybkiem zginaniu, lub wyprostowywaniu kończyny, najczęściej w połowie odległości pomiędzy obu krańcowemi jej położeniami. Dalej omawia w krótkich słowach odruchy Babińskiego, Oppenheima i Schaffera, przypominając, że sam już dawniej opisał występowanie wyprostnych ruchów palucha przy silnem uciskaniu mięśni łydki.

Odruch, znany pod nazwą odruchu Bechterewa, lub Mendel-Bechterewa, polegający na zginaniu (podeszwowem) palców (prócz palucha) stopy przy uderzaniu młotkiem po zewnętrznej grzbietowej powierzchni stopy, daje się otrzymać również przy uderzaniu po zewnętrznej okolicy podeszwy. Co się tyczy tego odruchu, to autor nie zgadza się z Mendlem, który widział w nim odwrócenie prawidłowego odruchu, wyrażającego się wyprostnymi ruchami palców przy uderzaniu po powierzchni grzbietowej stopy, dlatego, że u osób zdrowych owe ruchy występują tylko w tych palcach, po ścięgnach których się uderza, nie zaś w kilku palcach jednocześnie, jak to się dzieje przy odruchu patologicznym. Nie godzi się też autor z tłómaczeniem Lewandowskiego, zapatrującego się na patologiczny odruch, w kilku naraz palcach występujący, jako na objaw towarzyszący.

Ostatniemi czasy zauważył autor jeszcze jeden objaw, mogący być uważanym za niezawodną oznakę schorzenia ośrodkowego neuronu ruchowego. A mianowicie po kilkakrotnem uderzeniu młotkiem po grzbietowej powierzchni stopy, stopa i palce, zwłaszcza paluch, zginają się w kierunku grzbietowym, a temu towarzyszy zginanie się kończyny w stawie kolanowym. S. Trzebiński.

Jurman. **Leczenie porażenia postępującego wstrzykiwaniami nukleinianu sodowego.** (Russkij Wracz Nr 46 i 47, 1911). Autor stwierdził u 17 chorych na porażenie postępujące dodatni wpływ nukleinianu sodowego, stosowanego w postaci wstrzykiwań. Wyniki były tak zachęcające, iż tę metodę leczenia zaleca autor gorąco psychiatrom, neuropatologom i terapeutom. W stosowaniu środka postępował według wskazówek Donatha, podanych w 67. Tomie (1910) »Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie«. Z. Gilewicz.

Chirurgia.

Tausing. **Teorya zakaźna wola i matołectwa.** Tow. lek. wiedeńsk. XII 1911). T. poczynił w Bośni bardzo ciekawe spostrzeżenia nad wolem i matołectwem. Są tam okolice, w których od 30 lat nie można mężczyzn brać do wojska, bo wszyscy dorośli mają wola, a 3% jest matołków. Nieraz odnosił T. wrażenie, że wole przenosi się z człowieka na człowieka wprost (może śliną), jak to twierdzi Kutschera. W okolicach tych obcy, n. p. żandarmi, wojsko, straż skarbowa, nauczyciele, nie zapadają na wole, co przemawia przeciwko teoryi wodnej. Od ludzi zakażać się mogą i psy. Zapadają częściej na wole w podobnych okolicach mężczyźni, zwłaszcza mahometanie. Zwykle matka dotknięta wolem roni pierwszy płód, potem rodzi się dziecko nieżywe, a dopiero potem dzieci ew. z wolami lub matołki, co przemawia za osłabieniem pierwiastka zakaźnego.

W dyskusyi Wagner twierdzi, że w Styryi wole często są dziedziczne. Eiselsberg broni teoryi wpływu wody i przytacza typowe tego przykłady. Odwrotnie są wody zapobiegające powstaniu wola (mineralne, woda gotowana itp.). Graf zaznacza, że we Włoszech celem uwolnienia się z wojska piją młodzi ludzie wodę ze źródeł »wolowych« i dostają wola. Podług Walda nie sama woda, lecz inne czynniki odgrywają tu główną rolę. K.

Hartmann. **Leczenie ostrego zapalenia otrzewnej.** (Klin ther. Woch. 1911, Nr 50—52). W leczeniu zapalenia otrzewnej nastąpiła obecnie o tyle zmiana, że nie stosujemy już zabiegów tak ciężkich, jak dawniej, t. j. licznych nacięć i tamponad, albowiem wiemy, że i one nie zdołają usunąć odrazu mechanicznie pierwiastków zakaźnych, powtóre zaś zaraz tworzą się zrosty, zmieniające warunki odpływu. Zadowalniamy się też zabiegami mniejszymi, a nie brak i takich, którzy po usunięciu przyczyny choroby zeszywają otrzewnę na głucho, pozostawiając dalszy przebieg naturze. Co do przeciwwskazań operacyi, to należą tu: 1) przypadki w okresach zbyt daleko posuniętych, gdzie serce już jest słabe, 2) wiek późny, 3) zapalenie otrzewnej pochodzenia przydatkowego na tle wiewiórowem, 4) nawroty podrażnienia otrzewnej z powodu zmian pęcherzyka żółciowego, o ile nie decydujemy się na operacyę kamicy. Lekarz praktyczny może przygotować do operacyi i wzmocnić chorego przez wlewania soli kuchennej, wstrzykiwania kamfory, strychniny, płukania żołądka itp. Obecnie staramy się zmniejszać i skracać zabiegi do minimum. Unikać należy twardych sączków i wielkich tamponad, a o ile możności ranę zaszywać, jednak ze względu na zakażenie jej nie szwami piętrowymi, lecz pojedynczymi drucianymi przez powłoki, a co najwyżej dając osobny szew (katgut) dla otrzewnej. Do operacyi umieszczamy chorego w pozycyi półsiedzącej, dbamy o wypróżnienie jelit, zwalczamy zapady (wlewania soli, lawatywa kroplowa), ułatwiamy odpływ wydzielin i pomagamy otrzewnej w zwalczaniu toksyn (surowice). A.

Położnictwo i ginekologia.

W. Stroganow. **Leczenie rzucawki sposobem zapobiegawczym w klinikach berlińskich.** (Russkij Wracz. 1911, N. 48). Rozwiązanie gwałtowne przy rzucawce daje bardzo znaczny odsetek śmiertelności (16,6—34.0). Wobec tego w ostatnich czasach zauważyć się daje wśród klinicystów niemieckich zwrot stanowczy, zdaniem S., ku sposobowi leczenia rzucawki, przezeń zaleconemu (systematyczne stosowanie morfiny, wodnika chloralu, leków napotnych itd.). Ten sposób leczenia został wypróbowany w 661 przypadkach rzucawki (500 przyp. w Rosyi i 61 w Niemczech); śmiertelność położnic wynosiła mniej niż 8%, a dzieci nowonarodzonych około 21%.. S. sądzi, iż odsetek śmiertelności może być znacznie zmniejszony w przypadkach niezaniedbanych i niepowikłanych; w przypadkach przezeń osobiście leczonych śmiertelność położnic wynosiła zaledwie 2%.

Nie poruszając tym razem sprawy, dotyczącej etyologii rzucawki (Nb. do niedawna zaliczał S. rzucawkę, jak wiadomo, do rzędu chorób zakaźnych. Sprawozd.), sądzi autor, iż w tej chorobie wielką rolę odgrywa kurcz naczyń, spowodowany nieznanym dotychczas jadem. W końcu opisuje S. szczegółowo 3 przypadki rzucawki, leczone przezeń osobiście w klinikach prof. Bumma i Franza w Berlinie. Chore wyzdrowiały. M. Pietkiewicz.

Doehnicke. **O postępowaniu przy zatrzymaniu błon lub łożyska.** (Pract. Ergebn. d. Geburtsh. Gynaek. 1911, T. IV). Ścierają się tu poglądy zwolenników postępowania zachowawczego, którego przestawicielem jest Winter, i zwolenników postępowania t. zw. chirurgicznego, polegającego na natychmiastowem usunięciu zatrzymanych błon lub łożyska z jamy macicy, bądź ręcznem, bądź zapomocą łyżeczki. Doehnicke stwierdza, że samo zatrzymanie błon lub łożyska nigdy nie jest źródłem gorączki połogowej, o ile niema równocześnie zakażenia, nie jest więc wskazaniem do zabiegu, polegającego na czynnem opróżnianiu macicy. Opróżnianie zaś takie jest wprost przeciwwskazane przy jednoczesnem zakażeniu, gdyż wtedy każdy zabieg niszczy wał ochronny, utworzony z krwinek białych koło ogniska zakażonego, przyczynia się do posunięcia zakażenia w głąb tkanki macicznej i stanowi w ten sposób sam przez się źródło dalszego zakażenia. Zabieg zaś, wykonywany narzędziem, jest jeszcze niebezpieczniejszy, ze względu na większą możliwość przebicia macicy.

Macica, pozostawiona sama sobie, wydali zatrzymywane resztki w przeciągu kilku najbliższych dni przy nieznacznem podwyższeniu ciepłoty. Że jednakowoż bezwzględnie zachowawczy sposób postępowania przedłuża tę sprawę, można podtrzymać pracę macicy przez gorące przestrzykiwania pochwy i wstrzykiwanie ergotyny. O ile więc pozostawienie błon płodowych nigdy nie jest wskazaniem do terapii czynnej, to, gdy stwierdzono zatrzymanie resztek łożyska, można przy bezgorączkowym przebiegu połogu usunąć je ręcznie zaraz po porodzie. We wszystkich innych przypadkach, połączonych z podwyższeniem ciepłoty, tylko krwotok usprawiedliwia czynne opróżnienie jamy macicy. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Wiman. **Przyczynek do sztucznego zakażenia królików kiłą.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 107, 1911). Przeszczepienie kiły na rogówkę królika udało się autorowi w 57% na 320 prób. Kiłę ogólną udało się W. wywołać u tychże zwierząt przez szczepienie jadu wprost do jąder, a wtedy w razie, jeżeli zwierzę udało się zarazić, ginęło ono na ogólne wyniszczenie z towarzyszącem wychudnięciem i znamiennem wypadaniem sierści. W dwóch przypadkach powstały na skórze ranki, w których dały się wykazać krętki. W jednym przypadku chora samica urodziła zwierzę ze zmianą swoistą na rogówce. H. L. Weber.

Wysocki. **O schorzeniach stawów przy kile nabytej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 107, 1911). W. zwraca uwagę, iż nierzadko chorzy ze zmianami w stawach pochodzenia swoistego udają się do lekarzy, a ci całymi tygodniami leczą ich przetworami kwasu salicylowego, uważając sprawę za przewlekły gościec stawowy, zwłaszcza, iż objawy powyższego cierpienia wcale cech odrębnych nie posiadają, a dopiero uporczywość choroby i brak poprawy mimo długotrwałego leczenia, zwraca myśl lekarza na właściwe tory. Próba Wassermanna, zawsze w takich przypadkach zalecana, utwierdza przypuszczenie lekarza, a szybkie ustępowanie cierpienia przy leczeniu swoistem upewnia rozpoznanie.

Cały szereg przypadków, w których dochodzono do właściwego rozpoznania na powyżej opisanej drodze, ilustruje pracę autora, który radzi w każdym przewlekającym się gośćcu myśleć o kile, aby leczyć cierpienie swoiście, nie po miesiącach, jak się to z niektórych przytoczonych przykładów widzi, a może nieco wcześniej. H. L. Weber.

Ehrlich. **O salwarsanie.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 47). Wiadomości o szkodliwem działaniu salwarsanu są przesadzone. Jeżeli działanie takie występuje, to tylko wskutek stosowania przetworu rozłożonego lub dodatków, ewentualnie zanieczyszczenia wody przekroplonej. Natomiast w rachubę więcej wchodzą t. zw. neurorecydywy, tj. zajęcia nerwów czaszkowych, których Ehrlich nie odnosi do salwarsanu (bo nie występują przy leczeniu tym środkiem innych chorób), lecz do choroby samej, bo zresztą występują one i przy leczeniu rtęcią. Prócz kiły, znakomite wyniki osiągnięto salwarsanem przy durze powrotnym, framboezyi, zimnicy, bilharzyi i różnych chorobach zwierzęcych. Najwięcej polecenia godne są wstrzykiwania wśródżylne. E. poleca po wstrzyknięciu przez 6—8 miesięcy badać odczyn Wassermanna i nawet w razie, gdyby po $1/2$ roku był ujemny, należy jeszcze wstrzyknąć salwarsan. Dobrze jest kombinować salwarsan z rtęcią. W końcu zaznacza Ehrlich, że mimo usilnych prób nie udało mu się znaleść środka skuteczniejszego, a mniej trującego od salwarsanu i wątpi, by to kiedy nastąpiło. K.

Joitrain i Levy-Bing. **Metody upraszczające próbę Wassermanna.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 106). Na podstawie długich badań porównawczych różnych metod, upraszczających oryginalną próbę Wassermanna, doszli autorowie do przekonania, iż metody, podane przez Porgesa, Klausnera i Tschernogubova, nie nadają się do użycia, natomiast modyfikacye Foixa, Noguchiego, Bonera, Hechta, Joitraina i Benarda mogą oryginalny odczyn zastąpić, a tylko w wątpliwych razach muszą być sprawdzone przez odczyn oryginalny. H. L. Weber.

Ledermann. **Serodyagnostyka kiły w praktyce dziecięcej.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 106). Na podstawie licznych badań podaje L., iż odczyn Wassermanna u dzieci, czyto kiłą wrodzoną, czy nabytą obarczonych, pozostaje jeszcze długi czas dodatni mimo energicznego leczenia i ustąpienia objawów zewnętrznych cierpienia. Za najlepsze leczenie uważa L. przy kile wrodzonej, leczenie kombinowane rtęcią i salwarsanem. Podawanie matce karmiącej swe chore dziecko tylko samego salwarsanu, nie leczy zmian u dziecka. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 XII. 1911.

Przewodniczy Prof. Cybulski. Obecnych 51 członków.

1) Kol. Prof. Gliński przedstawił:

a) **Preparaty mikroskopowe** z miejsca i z otoczenia kanału w mięśniach uda **po wstrzyknięciu salwarsanu.** Preparaty te pochodzą ze zwłok 6-miesięcznego dziecka, któremu na 3 dni przed śmiercią wstrzyknięto 0·1 salwarsanu; w miejscu wstrzyknięcia i w jego otoczeniu powstała rozległa martwica i rozległy naciek ropny, a w samym kanale znajdowała się jeszcze duża ilość salwarsanu. Rozległe zmiany miejscowe, występujące po wstrzykiwaniach podskórnych i śródmięśniowych salwarsanu, długie pozostawanie wstrzykniętego salwarsanu w miejscu wstrzyknięcia i wynikające stąd powolne jego wchłanianie oraz działanie długotrwałe, lecz słabe, zamiast jednorazowego a silnego zadziałania, wreszcie możność przekształcania się salwarsanu przy długiem pozostawaniu na miejscu w związki pochodne o działaniu nieznanem, — być może nawet szkodliwem, — oto dane, na których podstawie uważa kol. G. za jedynie racyonalne stosowanie salwarsanu w postaci wstrzykiwań śródżylnych.

2) Okaz makroskopowy i preparaty mikroskopowe z t. zw. **mięsaka groniastego pochwy.** Z chorą $2^1/_2$-letnią dziewczynką zgłoszono się do szpitala z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu. Badanie stwierdziło, iż cała pochwa była wypełniona masami groniastemi o różnej wielkości gron już to przeświecającemi, jakby galaretowatemi, już też więcej białawemi, nieco jędrniejszemi. Masy te dały się łatwo wyskrobać, podręczne zaś badanie mikroskopowe stwierdziło w nich utkanie śluzakomięsaka, przy badaniu zaś dalszem szczegółowem stwierdzono prócz tego obecność miejscami i mięśni prążkowanych. Wogóle na podstawie badania mikroskopowego i wejrzenia makroskopowego nowotwór ten uważać należy za bardzo rzadki w tem miejscu okaz nowotworu mieszanego pochodzenia zarodkowego, powstający przez przesuniecie składników mezodermy w toku rozwoju przewodu Wolffa. Nowotwory te wogóle cechują się znaczną złośliwością.

3) Narządy jamy brzusznej ze zwłok 36-letniego mężczyzny. W przypadku tym istniał **nieżyt ropny jelita grubego,** co dało powód do powstania za życia skrzepów w zakresie rozgałęzień żyły krezkowej dolnej, żyły śledzionowej i żyły wrotnej z następowem zakaźnem rozmiękńieniem tych skrzepów i wytworzeniem się niezliczonej ilości **ropni w wątrobie;** jeden z tych ropni przebił do jamy brzusznej i był powodem rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej. Przypadek zasługuje na uwagę zarówno ze względu na rzadkość samej sprawy (thrombophlebitis) w obrębie żyły wrotnej, jak zwłaszcza ze względu na punkt wyjścia sprawy, gdzie nieżyt ropny jelita bez dostrzegalnych gołem okiem owrzodzeń stał się punktem wyjścia opisanych groźnych następstw. (Streszczenie własne).

2) Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia:

a) Okaz **gruźlicy zstępującej narządu moczowego** (s. 1090), dla porównania z okazem, przedstawionym na poprzedniem posiedzeniu. Okaz pochodzi z 26 letniego mężczyzny. Nerka lewa zawiera mnóstwo jam, wypełnionych masami serowatemi. Obwodowa warstwa miąższu, niezajęta sprawą gruźliczą, jest zmieniona włóknisto. Niektóre z jam gruźliczych komunikują z miedniczką, zawierającą również masy serowate. Moczowód lewy o ścianie zgrubiałej, zwyrodniałej włóknisto, zawiera w znacznie zwężonem świetle skąpe, suche masy serowate; w całej długości jest drożny. W pęcherzu rozległe owrzodzenia gruźlicze. W moczowodzie i miedniczce prawej obraz przewlekłego ropienia; sprawa ropna szerzy się na nerkę prawą. W części krokowej i bło-

niastej cewki moczowej ściana w kilku miejscach zniszczona, w miejscach tych uchodzą zatokowate jamy okołocewkowe, wypełnione ropą; podobna zmiana w połowie długości prącia, gdzie od cewki szerzy się sprawa ropna daleko pod skórę. Poza tem znaleziono zwapnienie jednego gruczołu oskrzelowego i świeżą przerzutową gruźlicę w dolnych częściach płuc.

b) Okaz (s. 1099), niezwykłych co do sposobu powstania rozległości i stopnia **zmian gruźliczych górnych dróg oddechowych.** Powyżej głośni niema wcale zmian; cała część podgłośniowa krtani i cała tchawica oraz główne oskrzela tworzą jedno owrzodzenie gruźlicze, głęboko w ściany ich się wżerające z częściową martwicą chrząstek; **punktem wyjścia** było **przebicie do tchawicy zserowaciałych gruczołów**, znajdujących się przy klinie podziałowym tchawicy. W płucach znaleziono tylko świeższe zmiany gruźlicze aspiracyjne (w częściach dolnych gruzełki i guzki serowate niewielkie, bez rozpadu), wtórne.

c) Okaz **ropnia podprzeponowego**, pochodzący z 49 letniego mężczyzny (s. 1057), który miał 17. X. zachorować, a 27. X. został przeniesiony na oddział wewnętrzny B. szpitala św. Łazarza wśród objawów, przemawiających za durem brzusznym. Według wiadomości, udzielonych z oddziału, odczyn Fickera był dodatni 1:100; w ostatnich 4 dniach objawy zapalenia otrzewnej. Przy sekcyi znaleziono skręt jelita biodrowego z przedziurawieniem rozdętej pętli doprowadzającej wskutek martwicy ściany, przyczem otwór leżał blizko przyczepu krezki; śladów po przebytym durze w obrębie kęp Payera niema. Pomiędzy pętlami jelit cienkich i ścianą brzuszną liczne zrosty wiotkie, taśmowate. Pomiędzy okrężnicą poprzeczną, przednim brzegiem wątroby, okolicą woreczka żółciowego i ścianą brzuszną zbitsze, grube zrosty, odgraniczające zupełnie przestrzeń między górną powierzchnią prawego płatu wątroby, a przeponą, od reszty jamy brzusznej. W przestrzeni tej ciecz żółta, gęsta, jasnopomarańczowa; otrzewna tej części zgrubiała, nierówna, miejscami włóknisto zmieniona, pokryta dość grubym pokładem włóknika i ropy. Z tej przestrzeni wiedzie kilka otworów do jamki, leżącej wśród zrostów między okrężnicą a wątrobą i odpowiadającej położeniem położeniu woreczka żółciowego. W jamce tej, mającej wielkość jaja kurzego, leży luźno, otoczony ropiastą, gęstą, jasnopomarańczową cieczą, woreczek żółciowy, całkowicie nekrotyczny, oddzielony zupełnie od wątroby i od przewodu woreczkowego. Przewód żółciowy wspólny i wątrobowy prawidłowe, zawierają żółć prawidłową. Kamieni żółciowych nigdzie nie znaleziono. W przypadku tym powstał ropień podprzeponowy wskutek zapalenia okołoworeczkowego z przebiciem ku górze w przestrzeń, poprzednio od reszty jamy otrzewnej odciętą zrostami. Ropnie podprzeponowe takiego pochodzenia są niezbyt częste; [według statystyki Ullmanna (Wiener mediz. Wochenschr. 1899 Nr 25 i nast.), na 542 przypadków przedziurawień pęcherzyka żółciowego przypadło 53 (niespełna 10%) przedziurawień do oddzielonej zrostami części jamy brzusznej, a według Langa (1895) wśród 176 ropni podprzeponowych były drogi żółciowe punktem wyjścia 17 razy]. Całkiem zaś niezwykłe jest **całkowite oddzielenie się woreczka żółciowego,** a podobnego pod tym względem przypadku nie spostrzegano dotąd w krakowskim zakładzie anat. patol., ani też nie zdołał C. znaleźć w piśmiennictwie. Niezwykłą wreszcie rzeczą jest także w tym przypadku rozwinięcie się ogólnego zapalenia otrzewnej zupełnie niezawiśle od ropnia podprzeponowego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają głos kol. Blassberg i prelegent. Kol. Blassberg zaznacza, że dodatni wynik odczynu Fickera przemawia za tem, iż sprawa w drogach żółciowych mogła być wywołana przez zakażenie prątkami durowymi; w ostatnich czasach wielu autorów podnosi częstość zakażeń dróg żółciowych przez te prątki.

3) Kol. Radwańska przedstawia preparat **mięśniaka macicy, zrosłego ze ścianami pochwy,** wielkości dużej pomarańczy.

4) Kol. Warzeszkiewicz przedstawia okaz anatomiczny **przetoki między żołądkiem a okrężnicą poprzeczną,** powstałej u chorego J. S. l. 40, operowanego przed 8 laty w tutejszej klinice chirurgicznej z powodu objawów zwężenia odźwiernika na tle wrzodu. Wykonana wówczas (r. 1903) przez prof Kadera przetoka żołądkowo-jelitowa zaokrężnicza tylna przeciwperystaltyczna sprowadziła w ciągu 4 tygodni pobytu w klinice powrót do zdrowia, z przybytkiem 6 kg. na wadze; usunęła bóle, wymioty i nadmierną kwaśność treści żołądkowej. Siedem następnych lat minęło w pełnem zdrowiu. W jesieni 1910 r. pojawiły się znowu bóle w 1—1½ godziny po jedzeniu; od wiosny b. r. dołączyło się stałe uczucie wzdęcia w okolicy dołka podsercowego i odbijania gazami cuchnącymi; stolec stał się biegunkowy po pokarmach płynnych, zaparty po pokarmach stałych Wymioty, sztucznie sprowadzane przez chorego, zawierały papkę gęstą, cuchnącą, szarą. Klinicznie stwierdzono wychudnienie, posunięte do ostatecznych granic, obrzęki na kończynach dolnych, płyn wolny w jamie brzusznej i białkomocz zastoinowy; miejscowo znaczne rozszerzenie żołądka; w podbrzuszu słyszalne prawie bezustannie przelewania się. Treść żołądkowa, na czczo wydobyta w ilości 250 cm³, przedstawiała się jako płyn żółto-szary, woni kałowej, z obfitą domieszką miazgi szarej, oddziaływania słabo zasadowego; bez kwasu solnego, mlecznego, tłuszczowych, ze śladem białka, wyraźną żółcią i krwią, chemicznie i drobnowidowo widoczną. Uwzględniając odbijania gazami wybitnie cuchnącymi, stolce biegunkowe lub zaparte zależnie od spożywania płynów względnie pokarmów stałych, a także uwzględniając obraz treści żołądkowej i wyniszczenie chorego — rozpoznawaliśmy z pewnem prawdopodobieństwem powstanie przetoki między żołądkiem a okrężnicą poprzeczną na tle nawrotu wrzodu po 7 latach od operacyi.

Sekcya zwłok, wykonana w Zakładzie anatomii patologicznej (chory nie zgodził się na wtórny zabieg operacyjny) wykazała obecność blizny po wrzodzie okrągłym w samym odźwierniku, sięgającej do warstw mięsnych; żołądek miernie rozszerzony, błona śluzowa grubo groszkowana, z drobnemi nadżerkami, krwią pokrytemi; między żołądkiem a jelitem czczem otwór gastro-jejuno-stomijny o brzegach, błoną śluzową pokrytych, na grubość 3 palców szeroki. Tuż przy brzegu otworu, od żołądka mając wejście wspólne, znajduje się drugi otwór, wiodący z żołądka do okrężnicy poprzecznej; otwór ten ma brzegi bliznowate, drożny dla czubków 2 palców. Zrosty między żołądkiem a okrężnicą poprzeczną i jelitem cienkiem. Przypadek ten ilustruje fakt, że wykonanie gastroenterostomii niezawsze zabezpiecza od nawrotu wrzodu i jego następstw, nawet w razie wytworzenia przetoki metodą stosowaną w klinice krakowskiej.

W dyskusyi zaznacza kol. prof. Gliński, który w danym przypadku wykonał sekcyę, że połączenie między żołądkiem a okrężnicą powstało tutaj najprawdopodobniej na tle wrzodu trawiennego, za czem przemawia makroskopowe wejrzenie brzegów przetoki od strony żołądka.

5) Kol. Surzycki przedstawił imieniem własnem i kol. prof. Cybulskiego rzecz p. t. **Objawy elektrokardyograficzne wśród wysiękowego zapalenia osierdzia.**

W dyskusyi zaznacza kol. prof. Ciechanowski, że zjawiska, stwierdzane elektrokardyograficznie przez prelegentów w przypadkach wysiękowego zapalenia osierdzia, zależą zapewne od wpływu mechanicznego, jaki wysięk wywiera na węzeł zatokowy (Keith-Flacka), położony powierzchownie, a więc wpływom takim łatwo dostępny. Zarazem podnosi mówca zalety obmyślonej przez prelegentów metody eksperymentalnej, dotąd jak się zdaje do badania czynności węzła zatokowego przez nikogo nie stosowanej,

a mającej tę wyższość, że czynnik działający można dokładnie mierzyć (manometrycznie).

6) Kol. Janiszewski: **Udział lekarzy w reformie administracyi.** Mowca podnosi konieczność udziału lekarzy w reformie administracyi państwowej dla zdobycia odpowiedniej samoistnej administracyi sanitarnej, która jest konieczna w interesie dobra publicznego; wnosi przeto, by Towarzystwo lekarskie krakowskie zainicyowało akcyę wszystkich Towarzystw lekarskich (wspólnie z technikami), zmierzającą do tego, aby do państwowej komisyi reformy administracyi powołani zostali prócz prawników także technicy i lekarze.

W dyskusyi uważa kol. Jendl-Sausenhofen akcyę za potrzebną, ale przedwczesną. — Kol. prof. Ciechanowski sądzi, że wbrew zdaniu poprzedniego mowcy właśnie teraz już należy zacząć starania o zrealizowanie wniosku kol. Janiszewskiego, który uważa za bardzo doniosły i ważny. Nie chodzi tu bowiem o jakieś tylko rozszerzenie zakresu działania lekarzy sanitarnych (rządowych i autonomicznych) w ramach obecnego ustroju administracyjnego, ale raczej myśli wnioskodawca o zupełnej reformie, o stworzeniu samodzielnej, jednolitej sprężystej administracyi sanitarnej, równorzędnej z innymi działami administracyi, jak polityczna, skarbowa i t. p. A właśnie teraz państwowa komisya zajmuje się takim ogólnym planem podziału pracy i administracyi na gałęzie główne. Również bardzo szczęśliwym jest pomysł kol. Janiszewskiego, aby sprawę podjęły Towarzystwa lekarsko-naukowe, a nie zawodowe, stawiając ją na gruncie dobra publicznego.

Wniosek kol. Janiszewskiego uchwalono jednomyślnie, a do komisyi, mającej zająć się tą sprawą, wybrano kol. Bielańskiego, Ciechanowskiego, Damskiego i Janiszewskiego, który ma wygotować referat.

Posiedzenie z dnia 13. X. 1911.

Przewodniczący prof. Cybulski, obecnych członków 80.

1) Dr Parturier z Paryża miał (jako gość) wykład: **O zdrojowiskach francuskich i niemieckich.**

2) Wybory Zarządu odłożono z powodu nieobecności prezesa komisyi przedwyborczej do następnego posiedzenia.

Sekretarz doroczny dr. G. Grzybowski.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Posiedzenie dnia 31. października 1911 r.

Przewodniczący: Prof. Rosner. Sekretarz: Dr Schlank.

1) Kol. Adam Ackerman: **Haematometra cervicalis acquisita post partum.** Prelegent opowiada przebieg niezwykłego przypadku. Chodziło o osobę, u której przy pierwszym porodzie założono kleszcze wysokie i wydobyto płód żywy. Połóg gorączkowy, w ciągu którego powstał zakrzep w żyle udowej i zawał krwotoczny w płucu. W kilka miesięcy po porodzie zgłosiła się chora do lekarza, gdyż miesiączka się nie zjawiała. Badanie wykazywało guz wielkości jaja kurzego, kulisty, chełboczący, będący wyraźnie zmienioną częścią pochwową, a nie mogło wykazać ujścia zewnętrznego. Ponad guzem wyczuwa się macicę wielkości prawidłowej. Rozpoznano krwiak zajmujący szyję maciczną, powstały przez zrost w ujściu zewnętrznem. Operował prof. Rosner. Nakłuciem otwarto guz, z którego wydobyło się przeszło 2 łyżki mazistej krwi. Ze ściany guza na szczycie wycięto okrągły kawałek, brzegi obszyto szwem węzełkowym. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Chora od tego czasu miesiączkuje regularnie. Kol. A. podnosi zupełny brak wykazać się dającej blizny po zroście.

Dyskusya: Kol. Braun spostrzegał podobny przypadek i zwraca uwagę na ten szczegół, że u chorej kol. Ackermana nie było śladów po ujściu zewnętrznem.

2) Kol. Rosner: Przedstawienie chorych: a) Chora po **cięciu cesarskiem klasycznem.** Choć prelegent jest zwolennikiem cięcia zewnątrzotrzewnego, tutaj wobec tego, że płód leżał poprzecznie i że przypadek ten był zupełnie czysty, skłonił się do operacyi klasycznej. b) Chora po **operacyi doszczętnej sposobem Porro:** I tu wybór metody był podyktowany stanem chorej. Chorą przywieziono do kliniki już wyraźnie zakażoną z wysoką ciepłotą, szybkiem tętnem i językiem suchym. Stwierdzono przytem zmiękknienie kości. To cierpienie wymagało usunięcia jajników, niewątpliwe zaś zakażenie nakazywało usunąć macicę. Badanie drobnowidowe doczesnej wykazało obecność gronkowca i bakterye okrężnicy. Bakterye te zwykły wywoływać ciężkie zakażenie. Przebieg pooperacyjny doskonały. Prelegent podnosi, że zakażenie trzonu jest nieporównanie groźniejsze, niż zakażenie szyjki. c) Ciężarna, u której prelegent zamierza wykona **cięcie cesarskie sposobem Polano.** Chodzi o wskazanie względne do cięcia cesarskiego. Ze względu na istniejące znaczne przodozgięcie macicy (venter propendens) nasuwa się myśl, że ten przypadek nadaje się do operacyi tym sposobem. Nadto płód nie leży w położeniu główkowem, co jest niekorzystne dla cięcia nadłonowego, zresztą takie cięcie byłoby bardzo trudne z powodu znacznego przodozgięcia macicy. Chociaż więc prelegent uznaje zasadniczo zalety cięcia nadłonowego, we wszystkich trzech przypadkach uważał je za przeciwwskazane.

W dyskusyi podnosi kol. Braun, że nietylko zakres wskazań do cięcia cesarskiego powiększył się, ale nadto ściślej można ocenić te wskazania.

3) Kol. Rosner przedstawia preparat anatomiczny **raka macicy i prawego jajnika,** wyciętego u chorej Fr. H. l. 48. Klinicznie rozpoznawano raka jajnika. Zabieg potwierdził rozpoznanie kliniczne. Usunięto i drugi jajnik, choć w nim nie było widocznego nowotworu, gdyż prelegent stale usuwa i drugi jajnik przy operacyi złośliwych nowotworów jajnika; usunięto również i macicę, która wydawała się prawidłową, tylko nieco powiększoną. Po przecięciu jej znaleziono, że cała jama macicy zajęta jest nowotworem złośliwym, który wchodzi głęboko w mięsień trzonu, a ku dołowi szerzy się na szyję i zajmuje górną jej połowę. Badanie drobnowidowe, wykonane w Zakładzie anatomii patologicznej, wykazało, że tak w jajniku, jak i w macicy rozwijał się rak gruczołowaty (adeno-carcinoma) i że budowa ich jest identyczna. Zdaniem prelegenta pierwotnie rozwinął się guz w macicy i przeniósł się drogą naczyń chłonnych do jajników.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 20. VI. 1911.

1) Edward Bruner przedstawił przypadek **pemphigus vegetans.**

2) Mincer przedstawił 46-letniego mężczyznę po **całkowitem usunięciu pęcherza wraz z gruczołem krokowym i pęcherzykami nasiennymi,** z powodu złośliwego nowotworu pęcherza. Oba moczowody przecięto na wysokości 8 ctm. od dolnego bieguna nerek; dośrodkowe końce moczowodów przyszyto do skóry w okolicach lędźwiowych. Przebieg pooperacyjny prawie bezgorączkowy. W chwili obecnej chory czuje się doskonale, ma dobry sen i apetyt.

W dyskusyi zaznacza Kryński, że jest zwolennikiem wszywania moczowodów do kiszki i wyraża zdanie, że obawa co do wstępującego zapalenia miedniczek jest nieuzasadniona w tych przypadkach. Mówca podaje swój sposób wszywania moczowodów do kiszki, zapobiegający wstępującemu zapaleniu miedniczek. — Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że zakażeń miedniczek nerkowych należy się więcej obawiać w przypadkach wszczepiania moczowodów do kiszek lub do pochwy, niż w przypadkach wszycia ich do skóry. Na korzyść takiego zapatrywania w pewnej mierze przemawia przypadek, przez prelegenta dzisiaj przedstawiony, w którym po kilkakrotnem przemyciu zakażonej prawej miedniczki rozczynem lapisu 1:500 udało się ją odkazić.

3) Karwacki: **O niwecznikach swoistych w ropie gruźliczej.** Prelegent zbadał 10 okazów ropy gruźliczej, jedną ropę promieniczą, jedną paciorkowcową i jedną gronkowcową co do aglutynin i ciał wiążących komplement. W ropniach pochodzenia niegruźliczego ani aglutynin, ani istot komplementochłonnych nie wykrywał, w ropie zaś pochodzenia gruźliczego wyniki były zawsze dodatnie. Następnie prelegent w badaniach swych stwierdził, że typ bydlęcy laseczników gruźliczych odgrywa dość wybitną rolę w powstawaniu gruźlicy chirurgicznej.

Posiedzenie kliniczne dnia 5. IX. 1911.

1) Roszkowski M.: **O wczesnych objawach przy odrze.** Prelegent zwraca uwagę na dwa objawy, towarzyszące stale prawie odrze w okresie zwiastunów, a mianowicie na plamki Koplika i odczyn dwuazowy moczu, którymi od lat 6 stale się posługuje i które znakomicie mu ułatwiają rozpoznanie odry. Prelegent na 756 przypadków odry, obserwowanych ściśle od pierwszych chwil wylęgania, tylko w 14 nie widział plamek Koplika, co stanowi nieznaczną odsetkę, wynoszącą zaledwie 1·8%. Najczęściej spotykał prelegent plamki Koplika na 4—5 dni przed wysypką. Co się tyczy występowania dwuazowego odczynu w moczu przy odrze, to na 756 przypadków spostrzeganych, tylko w 8 nie otrzymał prelegent odczynu dwuazowego, co stanowi zaledwie niecałe 1%. Najczęściej spotykał odczyn dwuazowy na 1 — 2 — 3 dni przed wysypką, kiedy zaczynała się podnosić u dzieci ciepłota.

Posiedzenie kliniczne z dnia 19. IX. 1911.

Alfred Sokołowski: **O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych.** Omawiając szczegółowo wskazania, dochodzi prelegent do następujących wniosków: 1) Przy obecności ciał obcych, utkwionych głęboko, o ile nie można ich wydobyć drogą bronchoskopii, jest wskazana pneumotomia. 2) Ropień płuca, o ile został wcześnie rozpoznany, daje przy pneumotomii wyborne wyniki. 3) Zgorzel płuca daje zawsze wskazania do pneumotomii nawet przy wielkiem ognisku i wysokiej gorączce, o ile stan ogólny jest niezły, a w moczu chorego niema cukru lub białka. 4) Przy jamach oskrzelowych wyniki operacyjne na ogół są liche. 5) Nowotwory płuc dają złe wyniki, wskazanie widziałby prelegent jedynie w wyjątkowych przypadkach, w których sprawa nowotworowa została ściśle rozpoznana we wczesnych okresach. Toż samo da się powiedzieć o promienicy płuc. Leczeniu chirurgicznemu w rozedmie płuc nie rokuje Sokołowski w przyszłości wielkiego powodzenia. Wszelkie zabiegi chirurgiczne, zmierzające do doszczętnego wycinania ognisk gruźliczych w płucach, uważa S. za zabiegi raczej szkodliwe, niż pożyteczne dla chorych. Nakoniec rozbiera szczegółowo metodę t. zw. sztucznej odmy piersiowej, którą stosować należy w przypadkach ciężkiej jednostronnej, tylko postępującej gruźlicy płucnej, jako »ultima ratio« po wyczerpaniu bezskutecznem zwykłych metod leczenia wewnętrznego. Dr T. Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

74. Ogólne Zebranie w d. 22 października 1911.

Obecnych 18 członków i kolega prelegent Karol Rychliński (z Warszawy).

1) Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Fidler, który wita kol. Rychlińskiego i dziękuje za przyjęcie zaproszenia do wygłoszenia odczytu.

2) Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

3) Kol. Karol Rychliński odczytał rzecz: **O nerwicach.**

W dyskusyi brali udział kol. Fidler, Połczyński i Szczepaniak. Kol. Fidler jeszcze raz dziękuje kol. Rychlińskiemu za ciekawy i bardzo na czasie odczyt.

75. Ogólne Zebranie w d. 25 listopada 1911.

Obecnych 18 członków.

1) Na przewodniczącego zebrania wybrany został kol. Fidler.

2) Przed porządkiem dziennym kol. Pełczyński prosi kolegów, którzy otrzymali zaproszenia do zwiększenia wkładek na kasę wdów i sierot po lekarzach, by odpowiedzi złożyli na jego ręce, a on ze swej strony prześle je do kasy.

3) Kol. Fidler odczytuje odezwę magistratu m. Radomia ex re prośby właścicielki majoratu »Michajłowskoje« pani Koziulkin, by Towarzystwo orzekło, czy majątek ten nadaje się do pobudowania tam letnich mieszkań.

Po dłuższych debatach postanowiono odezwę magistratu uwzględnić i zawiadomić, że Towarzystwo wybrało z pośród siebie komisyę w osobach członków kolegów Pełczyńskiego, Rakowskiego, Szczepaniaka, których upoważniło do zbadania na koszt pani Koziulkin majątku majorackiego »Michajłowskoje« pod względem klimatycznym i topograficznym.

4) Kol. Fidler odczytuje zaproszenie na Zjazd ginekologów do Petersburga na 16—19 grudnia 1911 r.

5) Kol. Fidler odczytuje korespondencyę, tyczącą się wyboru placu i budowy Szpitalika dziecięcego z zapisu ś. p. hrabiny Ożarowskiej, mianowicie odezwy egzekutorów testamentu z dnia 16, 20 i 23 listopada 1911 roku, list kol. Brudzińskiego z dnia 20 listopada tegoż roku w sprawie budowy tegoż szpitala, oraz otwiera dyskusyę nad budową szpitalika dziecięcego, na który to cel hrabina Adela z Matiesenów Ożarowska zapisała 271.000 rubli, z których do użycia będzie 200.000 rubli, 71.000 zaś po śmierci dożywotników, i daje głos kol. Wędrychowskiemu z Szydłowca, który oświadcza, iż pożądane byłoby połączenie funduszów szpitala św. Kazimierza z zapisem śp. hr. Ożarowskiej w celu wybudowania ogólnego szpitala z oddziałem dla chorób dzieci; poruszeni przez niego obywatele i przemysłowcy zwrócili się pisemnie do egzekutorów testamentu, by w sprawie tej porozumieli się z Tow. lek. Rad.

Kol. Kosicki oświadcza, że egzekutorowie testamentu wyraźnie zaznaczyli, że ma to być szpital samodzielny. Obietnic obywateli i fabrykantów nie uważa za poważne. Przed laty, gdy inspektorat fabryczny zmuszał ich do założenia wspólnego szpitala, nic ciż sami obywatele i fabrykanci nie dali; zresztą 50000 rubli, jakie mają jakoby złożyć wspomniani obywatele i fabrykanci, uważa mowca stanowczo za zbyt małą sumę, nawet, gdyby ją złożyli, w co nie wierzy. — Koledzy Kossak i Raszkes sądzą, że szpital ogólny jest potrzebniejszy dla ziemi Radomskiej od dziecięcego. — Kol. Przyłęcki zaznacza, że nie można jednak zmieniać myśli zapisodawczyni. — Kol. Kellez-Krauz podnosi, że egzekutorowie zwrócili się do nas o wybór placu pod budowę szpitalika dziecięcego, my zaś idziemy stanowczo za daleko. — Kol. Fidler oświadcza, że mowy o wspólnej administracyi dwóch szpitali być nie może. Mowa być może tylko o połączeniu mechanicznem. Place drożeją. Wobec tego, że wcześniej czy później trzeba będzie nabywać plac pod szpital ogólny, możnaby obecnie nabyć taniej plac większy, by się te dwa szpitale zmieścić mogły, przyczem szpital ogólny mógłby od szpitala dziecięcego część potrzebnego gruntu odkupić. Nadmienia, że budowa szpitala ogólnego na 250 łóżek wyniesie najmniej 500000 rubli. — Kol. Pełczyński zaznacza, że egzekutorowie zwrócili się do nas o wskazanie placu: pozostaje nam wskazać plac pod szpital ogólny i dziecięcy, oraz plac specyalnie pod szpitalik dziecięcy. — Kol. Fidler proponuje, by zebrani obejrzeli swobodne place w Radomiu, dowiedzieli się o ceny łokcia kwadratowego, a mianowicie: o plac przy szosie Kozienickiej, należący do zarządu dóbr Państwa, a zajęty obecnie przez wojsko; o plac p. Karola Wickenhagena przy szosie Lubelskiej; o plac p. Stempniewicza przy ul. Nowej,

o plac p. Wełnowskiego i pani Mierzanowskiej przy ulicy Piaski, Swieżej i Wysokiej; o plac p. Kozerskiego przy ul. Wysokiej; o plac pani Potempskiej etc. i by upoważnili Zarząd do zredagowania odpowiedzi egzekutorom testamentu, pp. Kazimierzowi Olszowskiemu i Janowi hr. Zamoyskiemu w Warszawie.

Zebrani upoważniają Zarząd.

Kol. Fidler wręcza niektórym członkom nadesłany przez egzekutorów testamentu śp. hr. Ożarowskiej projekt ustawy prywatnego szpitalika dziecięcego im. hr. Ożarowskich w Radomiu, w celu przejrzenia i zaopatrzenia uwagami oraz zwrotu na następnem Ogólnem Zebraniu.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 18 maja 1911.

Obecnych członków 22; przewodniczy kol. Pietkiewicz.

1) Kol. Łążyński. **O gruźliczem zapaleniu otrzewnej.**

Dyskusya. Kol. Kuligowski: Przy ogólnej gruźlicy prosówkowej nigdy nie znajdujemy swoistego zapalenia otrzewnej; przyczyną jego bywa tylko serowate zwyrodnienie gruczołów jamy brzusznej. Co się zaś tyczy terminologii, to ogólnie przyjęto suchą postać schorzenia nazywać »tuberculosis peritonei«, a wysiękowe »peritonitis tuberculosa«. — Kol. Cichocki zapytuje, jak wygląda zmieniona otrzewna. — Kol Łązyński: Bywa zgrubiała i z licznymi gruzełkami. — Kol. Januszkiewicz zapytuje o wyniki operacyi przy cięciu i przekłuciu. — Kol. Łążyński odpowiada, że osobiście woli cięcie, chociaż wielu chirurgów otrzymywało bardzo dobre wyniki po przekłuciu.

2) Kol. J. Makowski przedstawia chorych operowanych.

a) **Kilak wątroby.** Chory K. T. lat 33, cierpi od 3 lat na bóle w prawem podżebrzu; z początku bóle były tępe i stałe, utrudniające choremu zwykłą pracę; bóle wzmagały się nocą i przybierały charakter bolów kolki żółciowej; tym nowym bolom towarzyszyło uczucie gorączki i dreszcze; tak zwykle trwało 2—3 tygodni, poczem następowało polepszenie. Po roku bóle się wzmogły i w tym właśnie okresie chory spostrzegł guz pod prawem podżebrzem. Żółtaczki i biegunki przez czas choroby nie miewał. Ścisła dyeta (kleik, mleko, rosół, herbata) zmniejszała nieco bole. Chory żonaty, ma troje dzieci, żona nie roniła; kiły miał nie przebywać. Budowa prawidłowa, odżywienie mierne; ze strony serca i płuc zmian widocznych niema. Język czysty, wilgotny, brzuch nie wzdęty. Wątroba: górna granica prawidłowa, prawy brzeg wątroby nie wyczuwalny, lewy wystaje z pod łuku żebrowego na 2 poprzeczne palce; w linii sutkowej wyczuwa się guz wielkości jaja kurzego, twardy, spojony z wątrobą i ruchomy wraz z nią przy oddechu, guz przy dotyku dotkliwie bolesny. Śledziona powiększona (7. żebro), brzeg twardy i gruby. W moczu żadnych zmian nie znaleziono. Badanie krwi: Leukocytów 5,700, wielojądrzastych 76%, limfocytów 18%, eozynofilów 0,5%. Rozpoznanie wahało się między nowotworem wątroby i przewlekłem zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Operacya 15/IV w chloroformowem uśpieniu, cięcie brzuszne Kehra; po otwarciu jamy brzusznej dostrzegłem guz wielkości dużego orzecha włoskiego w lewym płacie wątroby tuż u jej brzegu. Guz twardy, odgraniczony, barwy żółtej; drugi znacznie mniejszy guz takiejże barwy i zbitości. Żołądek, gruczoły, otrzewna nie zmienione. Ponieważ powstała myśl o kilaku, guz pozostawiono, a ścianę brzuszną zeszyto. Mikroskopowe badanie kawałka guza, wziętego podczas operacyi, wykazało przewlekłą sprawę zapalną, a badanie krwi metodą Wassermanna wykazało kiłę. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny; należy podkreślić ten fakt, że chory nazajutrz po operacyi doznał znacznej ulgi. Zaleciłem choremu wcierania szarej maści i jod wewnętrznie. Guz stopniowo zniknął i chory obecnie czuje się zupełnie dobrze.

b) **Gruźlica nerki.** H. T. 24 lat, zaszła w ciążę; 5/III 1911 położna wywołała poronienie. W tydzień po poronieniu chora odczuła bóle w dole brzucha, trwające 8 dni; potem bole w dole brzucha ustąpiły, a natomiast zjawiły się w bocznej prawej stronie brzucha; jednocześnie chora zaczęła miewać dreszcze i gorączkować. Chora prawidłowej budowy, zadowalniająco odżywiona, skóra i śluzówki bladawe. Ze strony płuc i serca żadnych zmian nie dostrzeżono. Przy badaniu brzucha wpada w oczy wypuklenie prawej strony brzucha. Przy obmacywaniu wyczuwa się guz wielkości główki dziecka, zajmujący prawie całą połowę jamy brzusznej. Guz twardy, mało ruchomy. Nad guzem wyczuwa się okrężnicę wstępującą, biegnącą w skośno poprzecznym kierunku względem guza. (Wątroba i śledziona nie wyczuwalne). W okolicy ślepej kiszki doznaje chora przy obmacywaniu nieznacznego bólu. Cystoskopia z cewnikowaniem moczowodów nie wykazała w moczu żadnych zmian; mocz z prawej i z lewej strony prawidłowy, w osadzie nieznaczna ilość białych ciałek krwi. Po wstrzyknięciu indygokarminu pód skórę nastąpiło po 9 minutach zabarwienie moczu z obydwóch nerek: z lewej strony nieco słabiej, niż z prawej. Badanie ogólnego moczu: odczyn słabo-kwaśny, ciężar właściwy 1010; białka i cukru niema: w osadzie nabłonek płaski i kryształy kwasu moczowego i soli szczawianu wapnia. Znaczna ilość białych ciałek krwi. Olej rącznikowy, podany dla oczyszczenia jelit, wywołał tak silne bóle w brzuchu, że chora omdlała.

Ból w okolicy ślepej kiszki, fakt omdlenia po zażyciu oleju rącznikowego i ujemny wynik cewnikowania moczowodów skłonił mnie do zrobienia niewielkiego cięcia laparotomijnego w celu rozpoznania. — Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że guz leży pozaotrzewnie. Zaszyłem ścianę brzuszną i zrobiłem lędźwiowe Guyonowskie cięcie, aby dostać się do okolicy nerki. Nerkę znalazłem powiększoną i zespoloną dolnym biegunem z guzem wielkości pięści; przy oswobadzaniu nerki i oddzielaniu od guza ściana guza przerwała się, rozlała się znaczna ilość ropy. Guz więc okazał się ropniem z bardzo grubemi ścianami. Uwolniłem nerkę i zrobiłem nefrotomię; na przekroju w 3 miejscach w warstwie korowej znajdowały się 3 ogniska wielkości 15 kop. monety; ogniska były żółtej barwy, zbitości tkanki nerkowej; jedno z 3 ognisk mieściło się w dole nerki i łączyło się kanałem z guzem, spojonym z dolnym biegunem nerki. Ponieważ z zewnętrznej strony gruba otoczka ropnia łatwo się oddzielała od ściany miednicy, zacząłem oddzielać ją w celu zupełnego jej usunięcia; przy uwalnianiu z wewnętrzno-górnej strony ropnia zraniłem jelito, które przechodziło przez ten ropień, jelito zaszyłem, część otoczki ropnia wydaliłem, a część pozostawiłem. Łożysko nerki wytamponowałem. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora obecnie wyleczona, czuje się zupełnie dobrze.

Badanie mikroskopowe żółtych ognisk nerki gruźlicy nie wykazało; jedynie sprawę zapalną przewlekłą. Odczyn Wassermanna. Pomimo ujemnego wyniku badania mikroskopowego, należy jednak przyjąć w danym razie gruźlicę nerki z ropniem opadowym, ponieważ gruźlica daje niekiedy mikroskopowo obraz tylko zapalenia przewlekłego bez swoistych gruzełków. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Pietkiewicz zapytuje, czy pierwotna sprawa w drugim przypadku zaczęła się w nerce, czy w tkance okołonerkowej i odrazu przyjęła postać ropnia, gdyż jego zdaniem we wszystkich podobnych sprawach pierwotnem siedliskiem bywa nerka. Oprócz tego nie zdaje mowca sobie sprawy, jakim sposobem cystoskopia nie dała żadnych wyników, tem bardziej, że sam prelegent wspomina, iż różnica zabarwienia moczu indygokarminem była widoczna. — Kol. Kuligowski zapytuje, dlaczego kol. Pietkiewicz przypuszcza, że ropień był początkowo w nerce,

a potem dopiero przeszedł na tkankę okołonerkową. Przecież w nerce było tylko ognisko zapalne. — Kol. J. Makowski odpowiada, że różnica w zabarwieniu moczu indygokarminem była tak nieznaczna, że jakiegokolwiek znaczenia w danym przypadku przypisywać jej nie było można. — Kol. Cichocki zapytuje, czy nie można było przypuszczać, że zarazek dostał się drogą przyrośniętego jelita. — Kol. Modrzewski wyjaśnia, że Jurgelunas w swej dysertacyi, poświęconej wspomnianej sprawie, wyraźnie podkreśla, że tylko w nieprawidłowych warunkach, lub nieprawidłowa błona śluzowa jelita przepuszcza bakterye gruźlicze. By wywołać zakażenie, trzeba wprowadzić bardzo znaczne ilości hodowli prątków gruźliczych do jelita. Łatwiej, niż inne części jelit, przepuszcza laseczniki wyrostek robaczkowy i »sacculus rotundus« u królika. Ale są to właściwie te części jelit, gdzie budowa anatomiczna jest inną, niż w drugich odcinkach przewodu pokarmowego.

Sekretarz J. Hoffman.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

I. Posiedzenie z dnia 12/25 stycznia 1911 r.

Obecnych 23 członków i 3 gości.

1) Kol. Globus przedstawia 20-letnią pannę, u której przed miesiącem stwierdzono wrzód stwardniały wargi górnej; gruczoły podszczękowe były z obu stron powiększone, twarde i niebolesne. Wstrzyknięto śródmięśniowo w alkalicznym rozczynie 0.55 **salwarsanu**. Tegoż dnia wieczorem ciepłota 37,5, tętno 80, ogólne osłabienie, nudności i częste wymioty. Nazajutrz: wrzód mocno krwawi, obrzękły; gruczoły bolesne. Po paru dniach krwawienie ustaje, ciepłota opada do poziomu prawidłowego, gruczoły znacznie mniejsze, nieco bolesne; w dalszym przebiegu wrzód szybko goi się, gruczoły prawie niewymacalne. W 10 dni po wstrzyknięciu salwarsanu — wymioty, ciepłota 39,8; trwa taki stan całą dobę; ciepłota spada do poziomu prawidłowego. Obecnie zaledwie można przypuszczać, że na górnej wardze był wrzód. Zasługuje na uwagę owo silne krwawienie z wrzodu, jako odczyn na salwarsan.

Dyskusya: Kol. Wolfson podaje krótki opis stosowania w 20 przypadkach przymiotu salwarsanu; w kilku z nich wkrótce wystąpiły nawroty. — Kol. Gierszun dowodzi, że pod względem częstości nawrotów salwarsan dorównuje rtęci; mówca przytacza 5 przypadków nawrotów po salwarsanie na ogólną ilość 40 przypadków spostrzeganych. — Kol. Wirszubski podkreśla, że salwarsan w leczeniu wiądu i porażenia postępowego zupełnie nie sprawdził pokładanych nadziei; lek ten nie jest w dodatku wolny od bardzo poważnych zarzutów; mówca przytacza przypadek z własnej praktyki, w którym nastąpił zapad; chory mężczyzna dobrze zbudowany po wstrzyknięciu salwarsanu leżał całe 2 godziny bez tętna, ledwo udało się go uratować.

II Posiedzenie z dnia 12/25 lutego 1911 r.

Obecnych 28 członków i 9 gości.

1) Kol. Globus przedstawia chorą, u której mimo energicznego leczenia preparatami rtęci i jodu wystąpiły owrzodzenia w gardle; owrzodzenia owe szybko ustąpiły po jednorazowem wstrzyknięciu **salwarsanu**. Na podstawie wielu swych spostrzeżeń kol. Globus twierdzi, że salwarsan jest świetnym i niezawodnym środkiem w leczeniu kiły.

W dyskusyi kol. Lewande zwraca uwagę na liczne w prasie niemieckiej publikacye o ujemnym wpływie salwarsanu na narządy słuchowe. — Kol. Gierszun dziwi się temu: pomimo bardzo częstego stosowania »606« na oddziale wenerycznym szpitala żydowskiego mówca nigdy nie spostrzegał owego ujemnego wpływu; owszem, w jednym przypadku wystąpiła nawet wybitna poprawa słuchu. — Kol. Maciański wskazuje na 3 przypadki w praktyce prof. Fingera nieuleczalnej głuchoty po salwarsanie i potwierdza, że w prasie lekarskiej co raz liczniej opisywane są przypadki ujemnego wpływu salwarsanu na narząd słuchowy. — Kol. Globus przypuszcza, że w podobnych przypadkach musiały być uprzednio cierpienia narządu słuchowego, lub też musiała istnieć szczególna wrażliwość na salwarsan.

2) Kol. Szatensztejn mówi **o wpływie wazotoniny na układ naczyniowy** i na ciśnienie krwi; na podstawie opisów autorów i spostrzeżeń z własnej praktyki prelegent gorąco poleca stosowanie wazotoniny.

W dyskusyi kol. Jabłonowski wątpi, czy udałoby się przez zastosowanie wazotoniny obniżyć ciśnienie krwi w sprawach ze stale wzmożonem ciśnieniem, a mianowicie w przewlekłem zapaleniu nerek. W przypadkach spostrzeganych przez prelegenta wahania ciśnienia krwi możliwe są bez stosowania leków wogóle; zjawiska przy dusznicy bolesnej (ang. pectoris) wcale nie są zależne, jak twierdzi prelegent, od wzmożonego ciśnienia, lecz od niedomogi sercowej. — Kol. Barchasz sądzi, że wazotonina jest środkiem tylko łagodzącym, zawdzięczającym swe działanie składowym częściom, johimbinie i uretanowi; prof. Krehl na zjeździe w Wiesbadenie ostrzegał przed stosowaniem wazotoniny.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Woch.), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX· Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie),; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Sy-

philis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Nadzwyczajni profesorowie neurologii i psychiatryi Dr Jan Pilz w Krakowie i Dr Henryk Halban we Lwowie mianowani profesorami zwyczajnymi.

— Towarzystwo lekarskie lwowskie wybrało na rok 1912 prezesem Dr Skałkowskiego, zastępcą przew. Dr Ruffa, sekretarzem Dr Pańczyszyna, gospodarzem Prof. Renckiego, skarbnikiem doc. Czerneckiego, redaktorem »Tygodnika lekarskiego« doc. Nowickiego, przewodniczącym komisyi budowy domu Tow. Prof. Gluzińskiego, przewodniczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej prym. Piska.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa JWP. Radcy Dworu Prof. Dr Wicherkiewiczowi serdeczne podziękowanie za książki ofiarowane Bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. XII. do 30. XII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych —), ospy wietrznej 8, płonicy 15 † 1 (7 † 1), odry 17, duru brzusznego 6 † 2, róży 1, tężca 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Z różnych stron. Rówieśny »Przeglądowi lekarskiemu« tygodnik lekarski pobratymczego narodu, »Casopis lekaru ceskych«, upamiętnił swój 50-letni jubileusz zeszytem pamiątkowym, wydanym 30. grudnia b. r., jako Nr 53, a ozdobionym dwoma pięknymi światłodrukami z wizerunkami wszystkich redaktorów działających w ciągu półwiekowego okresu. Zeszyt pamiątkowy rozpoczyna się chronologicznym wykazem gron redaktorskich, i artykułem wstępnym czcigodnego Prof. Chodounskyego, kreślącym historyę pisma (o którego założeniu podaliśmy główne daty w Nr 1 z r. z.); zawiera zaś »wspomnienia«, nakreślone przez najstarszych redaktorów i współpracowników »Casopisu«, Prof. Maixnera, Prof. Janovskyego, Prof. Chodounskyego, dalej gorące słowo od redakcyi obecnej do następców i wreszcie bibliografię prac oryginalnych, drukowanych w »Casopisie« w ostatnich 15 latach.

Redaktorami »Casopisu« byli w pierwszem półwieczu: Dr Podlipsky, Eiselt, Ceyp, Stanek, Tomsa, Weiss, Janovsky, Maixner, Chodounsky, Mitvalsky, Prof. Reinsberg, doc. Pecirka, doc. Pesina, Wellner, doc. A. Vesely, Vlasák, Honzák, doc. Kose, a obecnie są redaktorami Prof. Kimla i Dr Semerád, który pracuje na tem stanowisku już od r. 1898. Większa część redaktorów »Casopisu« zajęła później katedy na czeskiej wszechnicy i zapisała się chlubnie w piśmiennictwie lekarsko-naukowem.

Na początku drugiego pięćdziesięciolecia składamy bratniemu pismu najszczersze życzenia jak najświetniejszego dalszego rozwoju.

— Związek prasy lekarskiej niemieckiej (Vereinigung der deutschen med. Fachpresse), obejmujący obecnie 120 czasopism, uchwalił na swem tegorocznem Walnem Zebraniu w Karlsruhe zasady, dotyczące udzielania osobnych odbitek z czasopism dla celów reklamowych (np. co do leków, narzędzi i t. p.). Postanowiono udzielać (np. fabrykom) takich odbitek tylko pod tym warunkiem, że odbitki muszą być dosłownym przedrukiem (bez opuszczeń lub dodatków) danego artykułu, że niewolno ich rozsyłać laikom, wreszcie, że niewolno ich bez osobnego pozwolenia autora używać do rozsyłki dłużej, niż do końca roku kalendarzowego. Dalej uchwalono nie przyjmować do druku artykułów tych autorów, którzy treść ich poprzednio podali do wiadomości przez prasę codzienną, oraz nie załączać do czasopism broszur tych autorów, którzy znajdują się na »liście autorów« (chodzi tu zapewne o listę tych, którzy piszą dla fabryk przekupne a kłamliwe artykuły). Przewodniczącym Związku obrano redaktora »Deutsche med. Wochenschrift« Prof. Schwalbego, zastępcą Prof. Posnera.

— Kilkodniowe wędrówki słabych dzieci szkolnych (neurastenia, niedokrwistość, blednica i t. p.) w wieku 12—14 lat, zachwala bardzo Roeder z Berlina, o ile dzieci mają przytem dobre warunki, jak noclegi, odpowiednie ubrania i pożywienie i nie zanadto się męczą. Klęsk.

— W ludowych szkołach Monachium od 1. XI. b. r. rozdaje się biednym dzieciom ciepłe śniadanie, t. j. mleko i chleb, ew. także i obiady. Klęsk.

— Przy krajowej Radzie szkolnej dolnoaustryackiej utworzono centralną Komisyę dla ćwiczeń cielesnych dla młodzieży szkolnej. W tych dniach odbyła ona posiedzenie celem omówienia sportów zimowych t. j. odpowiednich placów, udogodnień komunikacyjnych dla młodzieży po za miasto i t. p. Komisya ta ma także sekcyę gimnastyki, atletyki i zabaw ruchowych. Może by i u nas mogła powstać podobna instytucya? Klęsk.

— Dla mającej powstać instytucyi lekarzy szkolnych szkół średnich w Monachium radca dworu Dr Crämer opracował instrukcyę, bardzo podobną do naszkicowanej u nas w Krakowie: 1) Lekarze szkolni mają pełnić swe obowiązki jako zajęcie uboczne (Nebenamt). 2) Na lekarza wypada najwyżej 1000 uczniów. 3) Dzieci przy wstępowaniu do szkoły przynoszą kwestyonaryusz, wypełniony przez rodziców i arkusz zdrowia, wypełniony przez lekarza domowego, lub gdy go niema, przez lekarza szkolnego. 4) Tenże bada szczegółowo dzieci wstępujące i występujące ze szkoły, inne w razie potrzeby. 5) Do lekarza szkolnego nie należą wizyty po domach i leczenie dzieci w szkole z wyjątkiem nagłych wypadków. 6) Lekarze mają od czasu do czasu odczyty z dziedziny higieny, w oznaczonej godzinie w szkole informują rodziców i t. p. Klęsk.

— Wiedeńska Izba lekarska postanowiła poczynić kroki u kollegium profesorów, by w klinikach nie mianowano mnóstwa asystentów bezpłatnych, co stanowi szkodę dla lekarzy praktycznych, a do podniesienia poziomu nauki się nie przyczynia. X.

— Wiedeński lekarski klub automobilowy wystosował protest przeciwko zamierzonemu opodatkowaniu wozów, uzasadniając to tem, że wozy lekarskie służą do celów humanitarnych. X.

— Zwłoki ludzi zmarłych na dżumę zawierają podług Szurupowa jeszcze po roku żywotne drobnoustroje i bywają źródłem zakażenia. Dlatego należy zwłoki palić lub zalewać silnym kwasem siarkowym. K.

— Międzynarodowa wystawa higieny społecznej w Rzymie (1912) obejmie następujące działy: historyczny, kryminologiczny, policyjny, antropologiczny, psychiatryczny, szkolny, prostytucya, opieka nad ślepymi, dentystyka szkolna, opieka nad niemowlętami, dobroczynność i t. p. K.

— Podług Desgresa i Cainsa puszki z konserwami ryb i raków po otworzeniu powinny być zużyte najdalej w dwa dni, albowiem potem wywiązują się w nich w dużej ilości bardzo trujące ptomainy. X.

— W Hamburgu czynią energiczne starania celem założenia uniwersytetu, zwłaszcza zaś wydziału lekarskiego. Zawiązkiem tego jest już istniejący tamże instytut kolonialny, mający dzielnych profesorów, ale bardzo mało słuchaczy, bo półrocza tam spędzone nie liczą się do absolutoryum. X.

— Towarzystwo Czerwonego Krzyża ogłosiło, że jego oznaka (czerwony krzyż w białem polu) nie może być nadal bezprawnie używana przez fabryki, drogerye, apteki i t. p. pod karą do 500 koron. Etykiet i opakowań z tą marką używać wolno za zezwoleniem tylko jeszcze do 27 września 1913, poczem mają być zniszczone. Klęsk.

— Przy rewizyi aptek w Łodzi wykryto, jak podają dzienniki w 16 aptekach i 17 składach aptecznych wielkie nieporządki, zwłaszcza niedokładne a nawet fałszywe wagi i ciężarki. X.

— Uzyskaną ze sprzedaży kwiatów kwotę 240.000 franków przeznaczyła królowa belgijska na budowę sanatoryum w Leopoldsville i najlepszą pracę nad śpiączką afrykańską. X.

— W sprawie przeszkód fizycznych w zawarciu małżeństw wydał Wydział lekarski w Chrystyanii opinię następującą: Granicą wieku najniższą powinno być: 20 lat u mężczyzny, a 18 u kobiety; mogą zawierać małżeństwa ewentualnie: wuj z siostrzenicą, a ciotka z siostrzeńcem; padaczka i alkoholizm nie mogą stanowić przeszkody prawnej, podobnie uleczona kiła i trąd; przeszkodą nie może też być prawnie gruźlica, wrodzona głuchoniemota i niezdolność płciowa. X.

— O organiz..cyi sanitarnej Moskwy pisze Dworetzky w monachijskim tygodniku lekarskim:

Służbę sanitarną spełnia 20 lekarzy okręgowych, mających podobne obowiązki, jak i u nas. O ważnych sprawach decydują różne komisye: lekarzy sanitarnych, poliklinicznych, szpitalnych, położników (z przytułków), psychiatrów, szkolnych, weterynarzy i t. p.

Lekarzy szkolnych jest 18 (na 320 szkół i 54.000 dzieci!) o instrukcyi podobnej do naszej. Prócz tego jest czynnych 5 szkolnych ambulatoryów, gdzie także ordynują specyaliści dla oka, ucha, gardła i zębów.

Dalej ma Moskwa stacyę higieniczną, zakład odkażający, 19 szpitali, 2 prowizoryczne szpitale, zakłady dla nieuleczalnych, 14 poliklinik, 6 nocnych przytułków, 4 większe i 6 mniejszych domów dla porodów. Co do higieny i dbania o mieszkania, to prócz wizytacyi na uwagę zasługują t. zw. tanie domy fundacyi Sołodownikowa, gdzie za 4—5 rubli miesięcznie otrzymuje się pokój z opałem i oświetleniem.

W Moskwie istnieje 29 biur dla opieki nad ubogimi, z których korzysta 20.000 osób rocznie. Budżet sanitarny miasta (razem z kanalizacyą, wodociągami, rzeźnią) wynosi rocznie 10 milionów rubli, t. j. 30% ogólnych wydatków. Kapitał żelazny dla biednych wynosi 800.000 rubli, na zapomogi zaś daje miasto rocznie 140.000 rubli, prócz tego składki dobrowolne, koncerty, przedstawienia, odsetki i t. p. X.

Mianowani: starszymi lekarzami powiatowymi w służbie rządowej w Galicyi Dr W. Szczepański, W. Pohorecki, H. Nycz, F. Stokłosiński, S. Karpiński, F. Żukotyński, J. Bory, C. Hiżycki, T. Milewski, E. Piotrowski, L. Fuchs, A. Biesiadzki, K. Gołębiowski, K. Mieroszewski, a starszy lek. pow. Dr W. Nycz posunięty do VII. rangi;

Prof. Courmont profesorem patologii doświadczalnej w Lyonie, Dr Bruntz profesorem farmakologii w Nancy, Dr De Giacomo profesorem nauki o nieszczęśliwych wypadkach w Neapolu, doc. Uskoff profesorem patologii i terapii szczegółowej w Odessie, doc. Bołdyrew profesorem farmakologii w Kazaniu.

Zmarli:

†

Dr Edmund Biernacki

nadzw. profesor patologii ogólnej w Uniwersytecie lwowskim, w 46 r. ż. we Lwowie.

Życiorys pomieścimy w jednym z następnych zeszytów.

Dr Bazyli Śmigielski w Nizzy, Dr Tytus Turski w 38. r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: S. Grosglik: 1) Przypadek ciąży zamacicznej z zatrzymaniem płodu przez lat 30 i przebiciem się tegoż do pęcherza moczowego. »Przegląd chir. i ginek.«. 2) Przyczynek do patologii i leczenia chirurgicznego niedomogi pęcherza na tle zaniku sterczu. »Med. i Kron. lek.« 1911.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1911.

Gazeta lekarska Nr 49—52. Pruszyński: Ś. p. Stanisław Markiewicz (49). — Kozłowski: Przyczynek do przemiany materyi w epilepsyi (49—50). — Bernhardt (c. d. 49—50). — Gepner: O komórkach pałeczkowatych w układzie nerwowym ośrodkowym (50). — Grek: Wpływ przecięcia i drażnienia nerwu trzewnego na wydzielanie się chlorków przez nerki oraz spostrzeżenie o zjawieniu się glikozuryi przy drażnieniu nerwu trzewnego (51—52). — Karbowski: Przyczynek do patologii rozszerzenia zatoki czołowej (51—52). — Szpanbok: Przyczynek do metodyki światłoleczniczej (52).

Medycyna i Kronika lek. Nr 48—52. Dobrzycki: Ś. p. Stanisław Markiewicz (48). — Goldflam: O losie osobników z brakiem odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych (48—51). — Biehler (dok. 48). — Rechniowski (dok. 48—50). — Ostrowski: Morfologia krwi w krzywicy (49—51). — Leśniowski: W sprawie zdrowotności okolic podmiejskich (50). — Higier: Zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowe starcze (52).

Tygodnik lek. Nr 48—52. Sołowij: O bezkrwawem rozszerzaniu szyi macicy zapomocą metreuryzy (48). — Rosenhauch (dok. 48). — Leńko: Wrażenia z podróży naukowej (48—51). — Kośmiński: O bezkrwawem rozszerzaniu szyi macicy podczas porodu i poronienia (49—51). — Sochański: Badania nad zachowaniem się stopnia kwasoty moczu po podaniu alkaliów u ludzi zdrowych i chorych (49—52). — Skórczewski i I. Sohn: O kilku charakterystycznych odczynach w moczu po podaniu atofanu (49).

Nowiny lekarskie Nr 12. Herman (dok.). — Gliński (dok.).

Neurologia polska. Tom II. Z 3. E. Flatau i W. Sterling: Postępujący torsyjny kurcz u dzieci. — Zylberlastówna: O zaburzeniach psychicznych w surowiczem zapaleniu opon mózgowych.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. III. Steinhaus (dok.). — Osiński (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 10. Ziemiński: Badanie czynności oka przy zupełnem zaćmieniu jego środków łamiących światło.— Reis: O plamach barwikowych w bliznowatej spojówce powieki górnej przy jaglicy.

Kronika dentystyczna Nr 12: Zawidzki (c. d.).

Zdrowie Z. 12. Chodecki: Jak należy urządzić życie codzienne, aby długo pozostać zdrowym i zdolnym do pracy. — Bruśnicki: O kąpielach ludowych w gub. Kaliskiej.

Przegląd higieniczny Nr 12. Wiczkowski: Stan sprawy zwalczania gruźlicy we Lwowie i w Galicyi wschodniej.

Głos lekarzy Nr 23—24. Mikołajski: 1) W obronie starszych lekarzy prowincyonalnych. 2) Ubezpieczenie społeczne. 3) Wojskowa procedura karna ze stanowiska interesów lekarzy. 4) Przypomnienie. 5) Schroniska dla lekarzy w krajowych zdrojowiskach. — Nowy projekt rządowy w sprawie techników dentystycznych. — Centralne archiwum społeczno-lekarskie. — Ustawa o ubezpieczeniu społecznem. — Starania o poprawę bytu lekarzy szpitalnych. — Piasecki (dok.).

Słowo lekarskie Nr 23—24. Numerus clausus? — Ubezpieczenie społeczne. — Spostrzeżenia z praktyki kasowej. — Ciechanowski (dok.). — XVII. Wiec Izb lekarskich austryackich. — Lekarze szkolni w Krakowie. — Zaprzańcy. — Z praktyki lekarskiej kolejowej. — Pięćdziesięciolecie Stowarzyszenia austr. lekarzy-dentystów. — Ziemowit przejrzał! — Żydłowicz: Fundusz imienia ś. p. Henryka Jordana. — O centralnem austryackiem archiwum społeczno-lekarskiem. — Do czego to dochodzi? — Poprawa bytu lekarzy szpitalnych w Krakowie i Lwowie.

Nasze Zdroje Nr 25—26. Nowe widnokręgi. — Galicyjski Zakład kredytowy kraj. Związku zdrojowisk i uzdrowisk. — Uwagi i wskazania posezonowe. — Teodorowicz: Z wycieczki po sąsiednich zdrojowiskach. — Nowy krok naprzód. — Marchlewski: Nowsze rozbiory wód mineralnych galicyjskich. — Praschil: Określenie pojęcia wody mineralnej. Uwagi i wskazania posezonowe. — B. Sanatoryum ludowe w Hołosku Wielkiem. — Piller: Ruch pociągów kolejowych a zdrojowiska. — J. B.: Z galicyjskiego placu boju. — Gł. N.: Myślenice jako stacya klimatyczna.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. stycznia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu z czynności za rok 1911.

Rok LI. Kraków, dnia 13. stycznia 1912. Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Prof. Forlanini wcale nie ogłosił dotąd swej kazuistyki; podaje tylko, że na 89 przypadkow w 83 nie miał żadnych ubocznych objawów niepokojących. Opisane przezeń oddzielne przypadki pozwalają w założeniu odmy widzieć zabieg ratujący chorych beznadziejnie.

Prof. Saugman (z Vejlefjordu, Dania) o swoich przypadkach podaje następujące szczegóły:

Wszystkie przypadki dzieli na cztery grupy: 1) chorzy, u których nie udało się wogóle wytworzyć odmy sztucznej; 2) chorzy, u których leczenia jedynie »solaminis causa« próbowano, jakkolwiek stan płuca »lepszego« stanowił zasadnicze przeciwwskazanie do podjęcia zabiegu; 3) chorzy z tak ciężkiemi powikłaniami, że nawet wyleczenie płuca nie mogło uratować życia; 4) chorzy bez ciężkich powikłań i bez zbyt silnego zajęcia »lepszego« płuca. Wartość metody ocenia Saugman słusznie — tylko z wyników otrzymanych u chorych ostatniej grupy, jakkolwiek widział jego pożytek trwały i u niektórych chorych grupy drugiej i trzeciej. Grupa czwarta obejmuje 35 przypadków ciężkiej gruźlicy płuc, — gdzie jedno płuco było w całości przez gruźlicę zajęte, a drugie »lepsze« było też mniej lub więcej zmienione.

Przedewszystkiem, co się tyczy gorączki, to wynik leczenia tak się przedstawia:

Przed operacyą gorączkę wysoką (ponad 39°) miało 4 chorych, z tych na stałe ją straciło 3.

Przed operacyą gorączkę od 38°—39° miało 7 chorych, z tych na stałe ją straciło 5.

Przed operacyą gorączkę od 37·7—38° miało 6 chorych, z tych na stałe ją straciło 5.

Przed operacyą gorączkowe okresy miewało 9 chorych; ci są wszyscy stale bez gorączki.

Takich wyników nie daje żadna metoda leczenia gorączki chorych, będących w ostatnim okresie gruźlicy płuc!

Na 34 chorych straciło na stałe laseczniki z plwociny 18; u 16 można je jeszcze wykazać od czasu do czasu (jeden chory miał w plwocinie laseczniki wykazane na rok przed rozpoczęciem leczenia odmą).

Z ostatecznej statystyki wyklucza Saugman trzy przypadki: jeden chory zmarł z powodu omyłki technicznej (po zbyt długiej przerwie między reinsuflacyami powstały zrosty i dalsze leczenie okazało się niemożliwe); jeden zmarł z powodu próby rozerwania zrostów opłucnych drogą operacyjną (krwotok po resekcyi); jeden zmarł z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Z liczby 32 pozostałych:

u 5 zaprzestano już (od 4 miesięcy do $3^3/_4$ roku) leczenia; ci wszyscy pracują teraz zawodowo, mniej lub więcej ciężko;

u 13 brak wszelkich objawów chorobowych, są oni dotąd reinsuflowani;

u 10 wystąpiła poprawa; ci nie są jeszcze »pewni«; z tych 10 leczy się ambulatoryjnie, 3 — w sanatoryum;

4 zmarło.

Prof. Schmidt (z Halli) takie ogłasza wyniki dotychczasowych swych przypadków.

Przy gruźlicy płuc: W dwu przypadkach nie udało się mu wogóle wytworzyć odmy sztucznej, ponieważ nie mógł wyszukać wolnej szpary w opłucnej: w trzech przypadkach, w których gruźlica była w obu płucach daleko posunięta,— dokonał tylko pierwszej insuflacyi, poczem leczenia zaniechał (w jednym przypadku było powikłanie gruźlicą jelit, w drugim — moczówką cukrową); z czterech innych chorych, u których dokonano tylko pierwszej insuflacyi, dwu wystąpiło ze szpitala, uważając, że już nastąpiła pożądana poprawa, dwaj inni — bojąc się powtórzenia zabiegu; z czterech przypadków, odpowiadających wskazaniom Forlaniniego i leczonych systematycznie, znacznie się poprawił stan dwu chorych, u jednego nastąpiło pogorszenie, czwartemu udało się ucisnąć tylko płat dolny.

Przy rozszerzeniu oskrzeli w trzech przypadkach nie udało się założyć odmy (nie znaleziono wolnej szpary opłucnej); w jednym przypadku chory pozwolił tylko na insuflacyę; w czterech innych przypadkach — leczonych dłużej — wynik ostateczny nie był pomyślny.

W trzech przypadkach zapalenia płuc aspiracyjnego i gnilnego zapalenia oskrzeli — uzyskano we wszystkich wyzdrowienie.

Muralt (Davos) podaje wyniki leczenia 12 przypadków; w 9 udało się wytworzyć odmę pełną; 7 z tych przypadków dotyczyło chorych, którzy byli niewątpliwie straceni, i mogliby przeżyć co najwyżej parę miesięcy; czterech z nich wyleczyło się lub są na drodze do wyzdrowienia,

trzej zmarli z powodu różnych powikłań Dwu innych chorych, nie tak blizkich śmierci, ale o których wyzdrowieniu można było wątpić, odma sztuczna postawiła na nogi, obaj mają się dobrze.

Warnecke podaje takie wyniki z oddziału Prof. Mathesa (w Kolonii):

W trzech przypadkach przewlekłego zapalenia płuc (pneumonia chronica) — wyleczenie zupełne.

W 8 przypadkach gruźlicy płuc okresu ostatniego osiągnięto znakomitą poprawę lub wyleczenie; w czterech zaczęto leczenie, lecz go nie dokończono.

W dziewięciu przypadkach odmy zupełnej wytworzyć się nie udało (2 — przewlekłe zapalenie płuc, 7 — gruźlica płuc, 2 — ropień płuca).

Inni autorzy, którzy pisali o leczniczem stosowaniu odmy, przytaczają o wiele mniejszy materyał liczbowy. Ciekawem jest spostrzeżenie Trauba i Jagica, którzy w przypadku rozszerzenia oskrzeli nietylko uzyskali poprawę, ale i zniknięcie pałeczkowatości palców.

Wszystkie te dane statystyczne, szczególnie o ile dotyczą gruźlicy płuc, należy rozpatrywać pod tym odrębnym kątem widzenia, że dotyczą one jedynie ciężko, bardzo ciężko, a nawet beznadziejnie chorych, dla których dotychczasowa cyfra statystyczna bezpośrednio grożącej śmiertelności blizką jest stu.

Nie wolno więc porównywać śmiertelności przy stosowaniu tej metody ze statystykami wyników leczenia np. gruźlicy wogóle — innemi metodami.

Przypadków nadających się do tego leczenia jest wogóle niewiele; tylko w pewnej części takich udaje się odmę utworzyć, a i z tych tylko w pewnej odsetce osiągamy wyleczenie doszczętne. Niemniej jednak w przypadkach leczonych odmą, każde wyzdrowienie względne, nawet polepszenie lub powstrzymanie sprawy chorobowej jest wielkiem zwycięstwem lecznictwa.

Przechodząc do opisu metodyki wykonywania operacyi wytwożenia i podtrzymywania odmy piersiowej, zdać sobie musimy raz jeszcze sprawę z tego, do czego dążymy.

Zdaniem Forlaniniego, sztucznie wytwożona odma piersiowa zatrzymuje postęp gruźlicy w płucach, jeśli objętość odmy i stopień ucisku wystarczą do zupełnego unieruchomienia płuca; to unieruchomienie musi być doskonałe i nieustanne — w przeciwnym bowiem razie stanowiłoby tylko zmniejszenie ruchomości płuc, które sprzyja postępowi choroby.

Niezależnie od bezpośredniego wpływu na płuco uciśnięte, odma wpływa dodatnio na płuco drugie (»praktycznie zdrowe«, »względnie zdrowe«, »lepsze« — jak je nazywają różni autorzy; bo zupełnie zdrowem nigdy ono nie bywa, jeśli drugie jest zajęte sprawą rozpadową na całej lub prawie całej przestrzeni); dzięki zastępczo powiększonej ruchomości tego płuca, lepszej jego wentylacyi, żywszemu krążeniu krwi i limfy — sprawy gruźlicze tam usadowione goją się.

Jeżeli przy pomocy odmy dążymy do zupełnego ucisku płuca, to granice wykonalności tego zabiegu tak się muszą zarysować:

Ucisnąć wolno oczywiście tylko jedno płuco, tj. odmę wytworzyć z jednej tylko strony. Więc przy gruźlicy ciężkiej, ale głównie jednostronnej, wolno myśleć o leczeniu odmą piersiową.

Ponieważ mamy płuco ucisnąć, musi ono być wolne, opłucna płuc nie powinna być nigdzie zrośnięta z opłucną ścienną. Zupełne zarośnięcie jamy opłucnej uniemożliwia wogóle próbę wytworzenia sztucznej odmy. Niezupełne zarośnięcie pozwala na próbę wykonania zabiegu: wytworzona pierwotnie odma komorowa powoli się może rozszerzać przez rozdzielenie (lub znaczne rozciąganie, wyciąganie wzdłuż) zrostów. Zdarza się przy tem jednak, że zrosty zostają rozdzielone lub rozerwane na całej przestrzeni, — prócz właśnie tej, która odpowiada siedlisku najbardziej posuniętej sprawy gruźliczej (ognisko serowate, jama); wtedy wszystko się zapadnie, prócz części, o które głównie chodzi.

Zupełnie swobodne, ruchome płuco zostaje uciśnięte w kierunku wnęki płuc, w kierunku śródpiersia; przy zrostach jednostronnych może być ono przyciśnięte do przedniej lub tylnej ściany klatki piersiowej. Rozmiary zrostów i ich usadowienie warunkują większe lub mniejsze zapadnięcie się części płuca, a już sprawą nieobliczalną jest, czy wytworzona odma częściowa obejmie najciężej schorzałe okolice leczonego płuca, czy też nie.

Nietylko jednak zrosty stanowią przeszkodę przy usiłowaniu uciśnięcia płuca; twarde, niepodatne ścianki jamy płucnej lub oskrzelowej, stwardnienia tkanki, mogą też stanowić nieprzezwyciężoną przeszkodę; zbyt zaś mocny ucisk może wcisnąć i rozgnieść ścianę jamy — o czem mowa dalej, przy omawianiu powikłań.

Zadanie więc operacyjne przy leczeniu chorób płucnych odmą piersiową polega na tem, by 1) końcem igły dostać się do (idealnej, bo obie opłucne przylegają do siebie) jamy opłucnej; 2) wprowadzić do tej jamy gaz w ilości, wystarczającej do unieruchomienia płuca i do uciśnięcia jam, zawierających materyał zakaźny; 3) odnawiać ten gaz w miarę tego, jak on się wessie, utrzymując stale płuco pod możliwie równomiernym uciskiem.

Do ucisku płuca używano pierwotnie powietrza; zbyt się jednak ono, jak i tlen czysty, szybko wsysa, zbyt więc często należało reinsuflować. Ale i dziś powietrza używać można do reinsuflacyi, szczególnie późnych (kiedy wchłanianie z opłucnej jest już upośledzone), jeśli niema pod ręką azotu; powietrze filtruje się przez wyjałowioną watę, lub, co uważam za sposób lepszy, powietrze do reinsuflacyi przeznaczone pozostawia się przez 1—2 doby w butli, na której dnie znajduje się np. 1% rozczynu sublimatu; wszelkie stałe części powietrza opadają przez ten czas na powierzchnię tego płynu.

Dziś używa się powszechnie azotu, ponieważ wciąga go powierzchnia opłucna wolniej, niż tlen lub powietrze atmosferyczne; przy insuflacyi (wytworzeniu odmy) i przy pierwszych reinsuflacyach używam (za radą Smitha) tlenu, w ilościach niewielkich; o przyczynie takiego postępowania będzie mowa dalej.

Azot[1]) otrzymuję gotowy w cylindrach metalowych z wentylem redukcyjnym, przez który napełniam naczynia bezpośrednio do insuflacyi używane. Tlen otrzymuję ró-

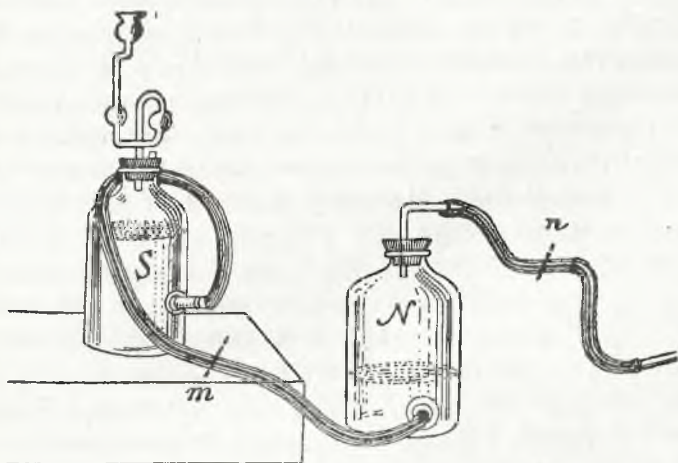
---

1) Fabryki »L'air liquide« w Warszawie. Al. Ujazdowskie, 20. — Sauerstoffabrik A. G. w Berlinie. Tegelstr. 15. — C. A. F. Kahlbaum w Berlinie C. 25.

wnież w cylindrach metalowych z fabryki na miejscu w Łodzi istniejącej (czystości, sprawdzonej przez pracownię chemiczną).

O ile oba te gazy są w mniejszych ilościach potrzebne, to tlenu dostarczy każda apteka; tego wogóle nie wiele potrzeba przy insuflacyi.

Co się tyczy azotu, to przygotowywać go w małych ilościach radzi Forlanini w sposób następujący (rys. I.): Z dwu



Rys. I.

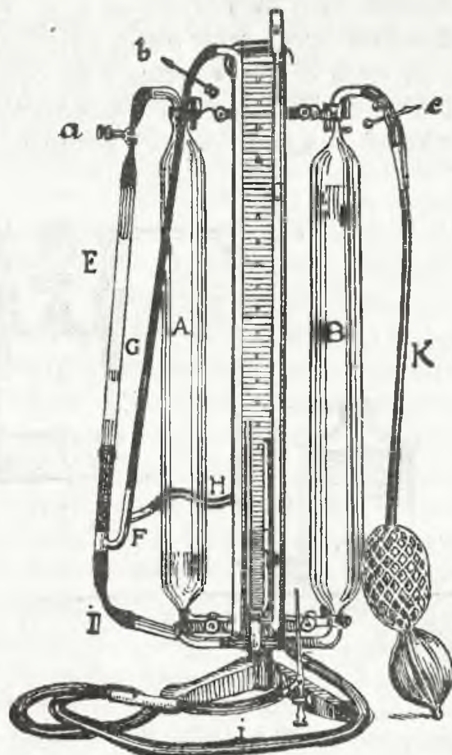
czterolitrowych butli pierwsza (I) ma trzy szyjki u góry; druga (II) — po jednej szyjce u góry i z boku, u podstawy. Do środkowej szyjki butli I dopasowany jest szczelnie lejek szklany z kranikiem, pozwalającym na wpuszczenie do butli płynu z lejka; dwie boczne szyjki są połączone przez węże gumowe: jeden — z dolną szyjką butli II, drugi — z naczyniem do insuflacyi gazu przeznaczonem; na oba nakłada się zaciski (a i b); do węża drugiego dołączona jest rurka szklana, zawierająca suchą wyjałowioną watę — jako filtr dla azotu.

Do butli I, ustawionej nieco wyżej, niż butla II wlewamy litr 20% rozczynu kwasu pyrogallowego; z lejka, zawierającego około 50 ctm.³ dwudziestoprocentowego ługu potasowego, przez otwarcie kranika lejemy na kwas pyrogallowy jakieś 35 do 40 ctm.³ ługu; po 24—36 godzinach (silne wstrząsanie skraca ten czas do pół godziny) cały tlen z powietrza butli I zostaje pochłonięty przez rozczyn kwasu pyrogallowego, powstająca stąd próżnia wysysa z butli II (napełnionej wodą i otwartej u góry) pewną ilość wody, która miesza się z rozczynem kwasu pyrogallowego. Po wyżej wskazanym czasie w butli I gaz, unoszący się ponad powierzchnią płynu, jest czystym azotem.

Chcąc go przeprowadzić przez wąż z filtrem do naczynia używanego do insuflacyi, należy otworzyć oba zaciski i powoli unosić do góry butlę II: woda przepływająca z niej do butli I wypiera azot przez drugiego węża.

Do jamy opłucnej wprowadzam tlen przy pomocy przyrządu Forlanini-Saugmana (rys. II), azot — przy pomocy dwu butli Wulffa (poleconych w tym celu przez L. Spenglera) (rys. III); przy użyciu tego drugiego przyrządu korzystam z manometrów przyrządu Saugmana.

Przyrząd Forlanini-Saugmana [1]) składa się z dwu cylindrów szklanych (A i B), pojemności po 600 cm³ każdy, u dołu i u góry zwężonych; u dołu oba cylindry są z sobą połączone krótkim wężem gumowym. Między obu cylindrami umieszczone są dwa manometry: wodny (C) i rtęciowy (D). Cylinder A ma podziałkę (od 10 do 10 cm.³) i jest połączony u góry zapomocą rurki gumowej E (w której przebiegu włączono rurę szklaną do filtra z waty) z krótką rurką F, w kształt podwójnej litery T utworzoną, o czterech zakończeniach: jedno z tych zakończeń łączy się ze wspomnianym wężem E; drugie z wężem G, prowadzącym do manometru wodnego; trzecie — z wężem K, prowadzącym do manometru rtęciowego; czwarte — z długim wężem (I) prowadzącym do igły.



Rys. II.

Cylinder B jest u góry połączony z pompką Richardsona.

Na węże E, G i K są nałożone zaciski (a, b, c).

Napełniwszy przez węża E (odłączonego od rurki F) szczelnie 1% rozczynem sublimatu cylinder A, łączymy go ze zbiornikiem tlenu (jak to ja czynię) lub azotu, który wprowadzamy do cylindra A pod ciśnieniem. Ustępujący z cylindra A rozczyn sublimatu przechodzi do cylindra B. Jeżeli mamy wprowadzić do opłucnej gaz zawarty w A, — łączymy E z F, i uciskając balon Richardsona, wypychamy płyn z cylindra B do cylindra A, a tem samem gaz z cylindra A do układu rur gumowych: do obu manometrów i do igły [1]).

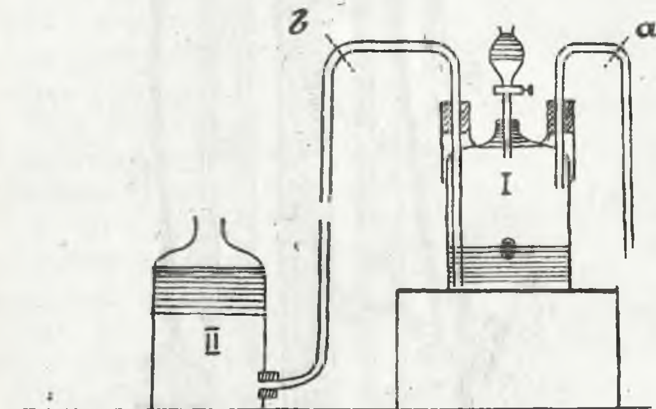
Przed samem połączeniem węża I z igłą włączona jest rurka szklana; zawiera ona watę filtrującą gaz, ale ma i inne przeznaczenie, o czem później.

Przyrząd Spenglera ma zamiast dwu cylindrów — dwie flaszki Wulffa, z podziałką od 50 do 50 ctm.³; butle łączą się z sobą przy pomocy węża gumowego, założonego

[1]) Firma: F. C. Jacob, Kopenhaga, 14 Hauserplads. — Appenceller w Warszawie, Nowy Świat 5.

[1]) Zimą należy gaz ogrzać, chyba że stał w pokoju bardzo ciepłym. Pogrążam w tym celu część węża I do naczynia z wodą niezbyt gorącą (obciążywszy go jakimś ciężarkiem, np. śrubą o dużej średnicy).

u dolnych wylotów. Do butli N, pełnej 1‰ rozczynu sublimatu, wpuszczamy azot, który swem ciśnieniem przepycha sublimat do butli S. Po przepuszczeniu całej ilości sublimatu z butli N do butli S, t. j. po napełnieniu pierwszej azotem, zamykamy drugą, S, korkiem wodnym.



Rys. III.

Kiedy mamy wprowadzić azot do opłucnej, łączymy butlę N wężem gumowym z rurką F przyrządu Saugmana (zamiast węża E tamtego przyrządu); podnosząc butlę S., przepychamy sublimat do N i wypychamy azot. Bulgotanie płynu, w korku wodnym zawartego, wskazuje na przedostawanie się powietrza atmosferycznego do butli S — na miejsce uchodzącego sublimatu.

Istnieje szereg innych przyrządów używanych do operacyi sztucznej odmy.

(Dok. nast.).

Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Z dziedziny badań nad rakiem.

Podał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

(Dokończenie).

Odczynnik Uffelmanna wobec małych ilości surowicy równoimiennej rakowej wywołuje w rozczynie fizyologicznym (0·85%) NaCl kropli krwinek czerwonych stan skupienia się tychże krwinek czerwonych, co objawia się makroskopowo powstawaniem strątu w rurce odczynnikowej, a mikroskopowo wytwarzaniem się grudek krwinek czerwonych. Zjawisko to jest tem silniejsze, im mniej dodano odnośnej równoimiennej surowicy. Najwybitniej występuje, skoro dodano podwójną ilość, t. j. dwie krople tejże surowicy; naówczas strąt ten makroskopowo wyraźnie występuje w przeciągu kilku godzin i polega przeważnie na skupieniu się, a rzadziej na zlepianiu się krwinek czerwonych w grudki. W miarę dodawania surowicy równoimiennej rakowej w większej ilości (4×, 8×) słabnie zdolność skupiania krwinek czerwonych coraz bardziej, tak iż przy zadziałaniu ośmiokrotnej ilości (8 kropli) już tylko mikroskopowo można stwierdzić pojedyncze grudki skupionych krwinek czerwonych, a przy dodaniu 12-krotnej ilości tejże surowicy rakowej zupełny brak objawu wszelkiego skupienia (makroskopowo i mikroskopowo); wtedy spotykano pod drobnowidem w osadzie tylko odosobnione krwinki czerwone. Wogóle krwinki czerwone okazywały nieznaczną poikilocytozę wskutek miernego napęcznienia (nieco znaczniejszą przy zadziałaniu ośmiokrotnej ilości surowicy); przeważnie były prawidłowej wielkości i postaci. Zauważyć też można było, iż małe domieszki surowicy równoimiennej rakowej sprzyjały, a większe ilości tejże surowicy przeciwdziałały powstawaniu hemolizy. Skoro zaś zadziałano w powyższych warunkach oprócz odczynnika Uffelmana i perhydrolem, obraz poniekąd ulegał zmianie, gdyż naówczas i przy znaczniejszem dodaniu równoimiennej surowicy rakowej (bo 8- i 12-krotnej ilości) stwierdzić można było strąt makroskopowo, a tem samem pod drobnowidem zdolność skupiania się krwinek czerwonych w grudki, choć nie w tym stopniu, co przy słabszych rozcieńczeniach (2- i 4 krotnych); natomiast w miarę dodawania zwiększonych ilości surowicy wzmagała się poikilocytoza, (tak, iż przy zadziałaniu 12-krotnej ilości była znaczną), a zmniejszała się hemoliza. Poikilocytoza wogóle była silniejsza i polegała na znacznem napęcznieniu krwinek czerwonych. Doświadczenia te przemawiają, iż perhydrol wywołuje pęcznienie krwinek czerwonych, a zarazem i usposabia je do skupiania się w grudki, a zmniejsza warunki dla hemolizy wobec równoczesnego działania surowicy równoimiennej rakowej i odczynnika Uffelmanna.

g) Krwinki czerwone prawidłowe, a surowica krwi chorych na raka.

α) K r e w p r a w i d ł o w ą odwłóknioną i odwirowaną pozostawiano w cieplarce przez 6 godzin (37° C.), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. K r o p l ę k r w i n e k czerwonych, zebraną zapomocą pipety z dna osadu rozcieńczano 4 cm.³ r o z c z y n u f i z y o l o g i c z n e g o (0·85%) NaCl i s u r o w i c ą r a k o w ą w r ó ż n y c h i l o ś c i a c h, wstrząsając za każdym razem rurką odczynnikową w celu jednostajnego rozdzielenia krwinek czerwonych i dodanej surowicy. Do połowy rurek odczynnikowych dodawano i po 1 k r o p l i 3% p e r h y d r o l u świeżo sporządzonego. Następnie po zakłóceniu wlewano do wszystkich rozcieńczeń (tak z perhydrolem, jak i bez tegoż) po ½ cm.³ ś w i e ż e g o o d c z y n n i k a U f f e l m a n n a i po dokładnem zmieszaniu wstawiano je do cieplarki na 24 godzin. Wynik doświadczeń następujący:

Odczynnik Uffelmanna tak przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu, jak i bez tegoż, wywołuje w rozczynie fizyologicznym NaCl kropli prawidłowych krwinek czerwonych wobec dodanej surowicy krwi rakowej w tej samej (1 kropla) i podwójnej (2 krople) ilości wyraźny strąt. W miarę coraz większej ilości surowicy rakowej występuje w tych samych warunkach coraz znaczniejsza hemoliza tak, iż przy 6 - 8-krotnej (6—8 kropli) ilości surowicy zauważano zupełną hemolizę, zwłaszcza jeśli nie zadziałał równocześnie i perhydrol. Skoro zaś w tych samych warunkach dodawano 12-krotną ilość surowicy (12 kropli), występowała tylko poikilocytoza bez hemolizy, a przy równoczesnem zadziałaniu perhydrolu prawie zupełna hemoliza. Hemolizę poprzedzało pęcznienie krwinek czerwonych i poikilocytoza. Doświadczenie te wskazują, iż większe dawki su-

rowicy w raku żołądka działają mniej szkodliwie na krwinki czerwone prawidłowe, niż mniejsze ilości tejże surowicy.

β) Krew prawidłową odwłókniona i odwirowaną wstawiano do cieplarki na 6 g. (37° C.). Zapomocą pipety z rurki odczynnikowej zebrano zupełnie surowicę, a pozostały osad krwinek czerwonych wypłukano dokładnie dwukrotnie w rozczynie soli przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Następnie wykonywano doświadczenia jak powyżej. Naówczas odczynnik Uffelmanna wywoływał w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej 1 kropli krwinek czerwonych prawidłowych wobec surowicy rakowej, dodanej w ilości 2, 4, 8, 12-krotnej (kropli) zawsze wyraźny strąt, polegający jużto na zlepności krwinek czerwonych (przy zadziałaniu równoczesnem perhydrolu), jużto na skupieniu (bez perhydrolu), a czasem słabą hemolizę. Skoro zaś rozcieńczenia te pozostawiano w cieplarce przez 48 godzin w ciepłocie 37° C., występowała zawsze znaczna hemoliza i drobnowidowo można było stwierdzić obecność nielicznych grudek z pozlepianych krwinek czerwonych, przy dodaniu małych ilości surowicy rakowej (2, 4, 6 kropli).

Doświadczenia powyższe wykazują, iż odczynnik Uffelmanna wobec surowicy krwi chorych na raka żołądka działa odmiennie na krwinki czerwone prawidłowe nieopłukane i opłukane w rozczynie fizyologicznym NaCl. W pierwszym przypadku odczynnik Uffelmanna wywołuje wobec małej ilości dodanej surowicy stan skupienia tychże krwinek, wobec średnich ilości, t. j. 6 i 8-krotnych (kropli), zupełną hemolizę; natomiast wobec większych ilości poikilocytozę bez hemolizy. Odnosi się też wrażenie, że większe dawki surowicy krwi chorych na raka żołądka działają mniej szkodliwie na krwinki czerwone prawidłowe nieopłukane, niż mniejsze ilości tejże surowicy. Natomiast w drugim przypadku, w tych samych warunkach, surowica rakowa we wszystkich rozcieńczeniach wywoływała tylko stan skupienia krwinek czerwonych; dopiero po dłuższem zadziałaniu ciepłoty 37° C. wywoływala hemolizę. Krwinki czerwone krwi prawidłowej były zatem odporniejsze na działanie surowicy rakowej, skoro je poprzednio opłukano, prawdopodobnie przez doszczętne usunięcie śladów surowicy prawidłowej.

Zestawiając wyniki naszych doświadczeń, rzecz pokrótce przedstawić można następująco:

1) Krwinki czerwone z krwi chorych na raka żołądka wobec wielokrotnej ilości surowicy równoimiennej odmiennie się zachowują zależnie od okoliczności, czy krew poprzednio pozostawała bez przerwy przez 24 godzin pod wpływem ciepłoty 37° C., czy też tylko z początku przez 6 godzin w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. W pierwszym przypadku, t. j. gdy poprzednio krew bez przerwy przez 24 godzin pozostawała pod wpływem 37° C., krwinki nie okazywały skłonności do układania się w grupki lub w ruloniki, lecz były zawsze odosobnione, a kształt ich nie ulegał wybitniejszej zmianie, nawet skoro krople krwinek czerwonych rozcieńczono 130 razy większą ilością surowicy równoimiennej rakowej. Przy rozcieńczeniu jednej kropli krwinek czerwonych 20- i 50-krotną ilością surowicy równoimiennej kształt ich się nie zmieniał nawet wtedy, skoro pozostawały następnie przez 6 dni w cieplarce w ciepłocie 37° C. Hemolizę spotykano tylko przy słabszych rozcieńczeniach, t. j. po dodaniu do 1 kropli krwinek czerwonych 10-krotnej ilości surowicy równoimiennej rakowej.

Inaczej rzecz się miała w drugim szeregu doświadczeń, skoro krew poprzednio pozostawała najpierw przez 6 godzin w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Naówczas małe ilości czystej surowicy równoimiennej rakowej wywoływały skupienie się krwinek (niekiedy zlepienie się); większe ilości surowicy równoimiennej (40 i 50 ×) zmniejszały zdolność skupiania się, podczas gdy w miarę jeszcze silniejszych rozcieńczeń (60 i 130 ×) surowicą równoimienną spostrzegano pod drobnowidem układanie się krwinek czerwonych w ruloniki. Poikilocytozę zauważono dopiero przy rozcieńczeniach 60—130-krotną ilością surowicy równoimiennej, podczas gdy przy słabszych rozcieńczeniach (10 i 50 ×) krwinki czerwone okazywały w przeważnej części postać prawidłową i w małej ilości były nieco napęczniałe. Hemoliza znaczniejsza występowała jedynie w słabych rozcieńczeniach (10-krotnych), w silniejszych rozcieńczeniach brak było hemolizy, a krwinki czerwone były tylko jakby liczebnie zmniejszone. Skoro jednak następnie zadziałała na krwinki czerwone, rozcieńczone wielokrotną ilością surowicy rakowej równoimiennej, bez przerwy ciepłota 37° C. przez 3 doby, zawsze występowała znaczna hemoliza.

2) Surowica rakowa równoimienna, dodana w jakiejkolwiek ilości do kropli krwinek czerwonych w 4 cm³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) Na Cl nie wywołuje nigdy strątu ani makroskopowo ani mikroskopowo; pod drobnowidem krwinki czerwone zawsze odosobnione. Przy zadziałaniu mniejszej ilości surowicy równoimiennej rakowej (10-krotnej, t. j. 10 kropli) kształt krwinek czerwonych prawie prawidłowy; przy zadziałaniu większej ilości surowicy równoimiennej rakowej (16—60-krotnej, t. j. 16—60 kropli) występowała poikilocytoza tem znaczniejsza, im więcej dodawano surowicy równoimiennej. Hemoliza pojawiała się przy rozcieńczeniach 20- i 30-krotną (20 i 30 kropli) ilością surowicy równoimiennej rakowej, zwłaszcza gdy do doświadczeń użyto krwi, która poprzednio najpierw przez 6 godzin pozostawała w ciepłocie 37° C., a następnie przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej; słabe i silne rozcieńczenia surowicą równoimienną rakową (10 i 60-krotną t. j. 10 i 60 kropli) nie wywoływały wybitniejszej hemolizy.

3) Kropla 3% rozczynu perhydrolu, dodana do 4 cm³ rozczynu fizyologicznego (0·85%) Na Cl z domieszką kropli krwinek czerwonych i wielokrotnej ilości surowicy równoimiennej rakowej nie wywoływała nigdy strątu, ani skupiania się krwinek czerwonych; pod drobnowidem w osadzie zawsze krwinki czerwone odosobnione. Wobec małych ilości surowicy równoimienej rakowej (16-krotnej t. j. 16 kropli) w połowie przypadków spostrzegano jużto znaczną poikilocytozę, jużto hemolizę; wobec większej ilości surowicy równoimiennej rakowej (20, 30, 60-krotnej t. j. 20 30, 60 kropli) zauważano wzmaganie się poikilocytozy, a zmniejszanie hemolizy tak, iż przy 60-krotnej ilości surowicy (60 kropli) poikilocytoza była bardzo znaczna, a krwinki czerwone w skąpej ilości wyługowane z barwika krwi. Gdy zaś krew poprzednio pozostawała przez 24 godziny bez przerwy w ciepłocie 37° C., wynik na ogół był podobny, tylko zjawisko hemolizy ujawniało się w znacznie słabszym

stopniu. Wogóle i tu poikilocytoza zachowywała się w odwrotnym stosunku do hemolizy.

4) Odczynnik Uffelmanna wywoływał w 2 kroplach krwinek czerwonych krwi rakowej, rozcieńczonych w 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego (0·85%) Na Cl, zawsze szybko powstający strąt, o wiele znaczniejszy, niż przy doświadczeniach równorzędnych z krwinkami czerwonemi krwi prawidłowej. Odczyn ten powstawał najwybitniej po odstaniu się poprzedniem krwi utoczonej przez 24 godzin zarówno w ciepłocie pokojowej, jak przy 37° C. Krew należy jednak dobrze odwirować, gdyż i ślady znaczniejsze surowicy równoimiennej w osadzie krwinek nie są obojętne. Również wskazanem jest, aby krwinek czerwonych zbytnio nie opłukiwać rozczynem fizyologicznym soli, gdyż naówczas mogą być one w większym lub mniejszym stopniu wyługowane z istot białkowatych, przez co i strąt słabiej się zaznacza. Wogóle krwinki czerwone krwi rakowej zawierają stale większą ilość ciał białkowatych (endoglobulin), które się strącają w rozczynie fizyologicznym Na Cl wobec odczynnika Uffelmanna, niż krwinki czerwone krwi prawidłowej, pomimo bardzo małej zawartości hemoglobiny i ogólnego charłactwa ustroju.

α) Odczynnik Uffelmanna, dodany do 1 kropli krwinek czerwonych krwi rakowej, rozcieńczonych 4 cm^3 rozczynu fizyologicznego Na Cl, wytwarzał wobec domieszki małych ilości surowicy równoimiennej rakowej (1—2-krotnej t. j. 1—2 kropli) stan skupiania się krwinek czerwonych w gromadki; natomiast domieszki większych ilości tejże surowicy (12-krotnej t. j. 12 kropli) nie wywoływały tego zjawiska; krwinki czerwone w przeważnej ilości okazywały postać prawidłową i tylko miejscami były napęczniałe. Hemoliza znaczniejsza powstawała w powyższych warunkach tylko przy równoczesnem zadziałaniu małej ilości surowicy równoimiennej rakowej; w miarę większej ilości tejże surowicy zjawisko hemolizy było coraz słabsze. Gdy zaś oprócz odczynnika Uffelmanna zadziałano i perhydrolem, wtedy zawsze tak wobec małych, jak i większych ilości surowicy równoimiennej rakowej stwierdzano strąt, a względnie pod drobnowidem skupienie lub zlepienie się krwinek czerwonych w grudki (tem słabiej, im więcej dodano surowicy); natomiast odnośnie do zwiększonej ilości surowicy wzmagała się poikilocytoza, a zmniejszała hemoliza. Dodatek perhydrolu wywoływał pęcznienie krwinek czerwonych i wywoływał rychlejsze skupianie się tychże w grudki, a zmniejszał warunki dla powstawania hemolizy wobec wielokrotnej ilości surowicy rakowej i odczynnika Uffelmanna. Wyniki powyższe otrzymano, skoro do doświadczeń użyto krwi, którą poprzednio po utoczeniu przez 6 godzin pozostawiono w cieplarce (37° C.), a potem przez 18 godzin w ciepłocie pokojowej. Przy wykonywaniu doświadczeń z krwią, która pozostawała poprzednio bez przerwy przez 24 godzin w ciepłocie 37° C, wyniki na ogół były takie same, tylko słabszego nasilenia.

5) Odczynnik Uffelmanna działał odmiennie na nieopłukane i opłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej w rozczynie fizyologicznym Na Cl (0·85%) wobec wielokrotnej ilości surowicy z krwi chorych na raka żołądka. Gdy do doświadczeń użyto krwinek czerwonych prawidłowych nieopłukanych, to odczynnik Uffelmanna wobec bardzo małych ilości surowicy rakowej wywoływał stan skupiania się tychże krwinek, podczas gdy przy większych ilościach surowicy rakowej krwinki czerwone prawidłowe nie okazywały dążności do układania się w gromadki, lecz były odosobnione. Przy 6—8-krotnej (6—8 kropli) ilości surowicy rakowej pojawiała się zupełna hemoliza, a przy większej domieszce surowicy rakowej — poikilocytoza bez hemolizy. Wogóle wobec odczynnika Uffelmanna większe ilości surowicy rakowej mniej szkodliwie działały na krwinki prawidłowe nieopłukane, niż mniejsze (średnie) ilości tejże surowicy. Natomiast w drugim szeregu doświadczeń, w którym użyto opłukanych krwinek czerwonych krwi prawidłowej, odczynnik Uffelmanna wobec wielokrotnej ilości surowicy rakowej zawsze (bez względu na ilość dodanej surowicy) wytwarzał zrazu tylko stan skupiania się krwinek czerwonych, a dopiero następnie po zadziałaniu przez czas dłuższy w ciepłocie 37° C. — hemolizę. Krwinki czerwone krwi prawidłowej i poprzednio opłukane były zatem odporniejsze na działanie surowicy rakowej wobec odczynnika Uffelmanna, prawdopodobnie przez usunięcie domieszki surowicy prawidłowej.

Wogóle na podstawie naszych doświadczeń jesteśmy uprawnieni do następujących wniosków:

1. Krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka pomimo znacznego ogólnego charłactwa ustroju, wodnistości krwi i bardzo małej ilości hemoglobiny zawierają stale znacznie więcej ciał białkowatych, strącających się odczynnikiem Uffelmanna, niż krwinki czerwone krwi prawidłowej. Okoliczność ta wskazuje, iż krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka odznaczają się niezwykłą zdolnością pochłaniania i przyswajania istot białkowych, krążących w osoczu krwi, a w danym przypadku najprawdopodobniej wydzielin komórek nowotworowych rakowych, które dostają się do ogólnego krążenia. W miarę coraz większego nagromadzania się wytworów wydzielniczych komórek nowotworowych rakowych we krwi i coraz większego pochłaniania ich przez krwinki czerwone, zmienia się coraz barbardziej skład krwinek jakościowo i ilościowo, a tem samem wytwarza się coraz większe charłactwo ustroju.

2. Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na krwinki czerwone równoimienne i wywołuje hemolizę; podczas gdy w miarę większych dawek działa coraz mniej szkodliwie, wywołując zrazu poikilocytozę, a tylko w bardzo nieznacznym stopniu hemolizę, a w wielkich dawkach wytwarza nawet obraz drobnowidowy, zbliżony do stosunków prawidłowych.

3. Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na nieopłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej i wywołuje hemolizę, a w większych dawkach mniej szkodliwie, wywołując poikilocytozę bez hemolizy. Natomiast opłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej wobec wszelkich ilości surowicy krwi chorych na raka żołądka zachowują się zrazu odpornie i dopiero przy zadziałaniu jej w ciepłocie 37° C. przez czas dłuższy ulegają zupełnej hemolizie.

Z kliniki lekarskiej Prof. dra A. Gluzińskiego i z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego.

O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach tz. gośćcowych ostrych

podali

Doc. dr Maryan Franke

i

Helena Schusterówna,

demonstratorka Zakładu anatomo-patologicznego.

(Ciąg dalszy).

Zanim przejdę do omówienia przypadków klinicznych, chcę przedtem podać wyniki badań naszych anatomo-patologicznych, bo dopiero zestawienie badań klinicznych z wynikiem badania sekcyjnego uważać należy jako jedynie korzystne dla wyjaśnienia omawianego związku. W badaniach naszych anatomo-patologicznych zwracaliśmy uwagę przedewszystkiem na stan migdałków i to tak na podstawie badania makroskopowego jak i mikroskopowego, a podzieliliśmy wszystkie przez nas badane przypadki na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowią te, w których stwierdzono zmiany, odpowiadające ostremu gośćcowi stawowemu i jego następstwom lub sprawom jemu pokrewnym, a w drugą złączyliśmy te przypadki, gdzie przyczyną śmierci było inne schorzenie i gdzie nie było żadnych zmian gośćcowych i innych schorzeń mu pokrewnych. Porównanie zachowania się migdałków w przypadkach «gośćcowych« i »obojętnych« (to jest nie okazujących zmian gośćcowych), może nam wyjaśnić znaczenie schorzenia migdałków w przypadkach, o które nam chodzi. Z grupy I. (gośćcowych) zbadaliśmy przypadków dwadzieścia, a z grupy II. (obojętnych) pięćdziesiąt trzy. Dla łatwiejszego zoryentowania się w wyniku naszych badań migdałków w grupie I., podam je w skróceniu zestawione w tablicę, a co do przypadków grupy II., to wynik ich badania skreślę tylko sumarycznie, również uwzględniając w nich tylko stan migdałków.

Przechodząc do I. grupy, widzimy zachowanie się następujące: (zob. tabl. I.)

Z grupy II, to jest przypadków »obojętnych«, badaliśmy przypadków 53 bez wyboru, starając się wykazać, w ilu z nich znajdziemy w migdałkach zmiany, stwierdzone w przypadkach »gośćcowych«. Zaznaczę krótko, że z tych 53 przypadków 25 nie okazywało w migdałkach zmian patologicznych, spotykanych w grupie I; w 20 natomiast za uciskiem można było z migdałków wydostać ciecz ropiastą, ukrytą w rozszerzonych kryptach, a w 8 prócz tego obok cieczy ropiastej mikroskop wykazywał obecność mas nekrotycznych, a w jednym z nich z ropniem wątroby stwierdzono w tkance okołomigdałkowej również i nacieki drobnokomórkowe, wzdłuż naczyń biegnące. Zebrawszy razem te wszystkie przypadki, spotykamy w 47% przypadków naszych brak zmian w migdałkach, w 53% stwierdzono stan podobny do stwierdzonego w grupie I; z ostatnich z grupy II w 72% przypadków wykazano obecność cieczy ropiastej w kryptach, w 28% prócz tego i masy nekrotyczne w nich ukryte.

Przechodząc do omówienia materyału naszego z uwzględnieniem prac innych, z góry zaznaczyć należy, że o istnieniu związku między schorzeniem migdałków a ostrym gośćcem stawowym i sprawami z nim związanemi będziemy mogli mówić wtedy, jeżeli wykażemy, 1°) że wystąpienie wybuchu spraw gośćcowych poprzedza zawsze lub bardzo często schorzenie migdałków; że dalej da się wykazać rzeczywiście klinicznie jednociągłość między schorzeniem ich, a wybuchem gośćca, a przytem współistnienie obu tych spraw jest rzeczą bardzo częstą i nie przypadkową; za związkiem istotnym obu tych schorzeń przemawiać będzie przedewszystkiem i to, że w danym przypadku nietylko przy pierwszym nawale, ale przy nawrotach i zaostrzeniach sprawy gośćcowej spotykamy, jako schorzenie początkowe, poprzedzające zawsze zajęcie migdałków. Za istnieniem związku szukanego przez nas przemawiać będzie 2°) stwierdzenie schorzenia migdałków jako objawu stałego przy gośćcu, a także i w tych przypadkach, w których podania chorego nie dają nam żadnych danych w tym kierunku; 3°) wykazanie anatomo-patologiczne schorzenia migdałków jako objawu stałego przy schorzeniach gośćcowych w przypadkach zakończonych śmiercią (badania pośmiertne). Wreszcie za istotnym związkiem między schorzeniem migdałków, a schorzeniami gośćcowemi przemawiać nam będzie 4°) ustąpienie objawów gośćcowych lub powstrzymanie nawrotów po leczeniu istniejącego stanu schorzenia migdałków i 5°) wykazanie ewentualne wybuchu nawrotu sprawy gośćcowej po sztucznem (operacyjnem) wywołaniu ostrego zapalenia migdałków w danym przypadku.

Podając szereg klinicznie przez nas spostrzeganych przypadków, podnieśliśmy w wywiadach chorych właśnie poprzedzające schorzenie (zapalenie) migdałków. Przegląd podanych przez nas historyi chorób wykazuje we wszystkich przed wybuchem gośćca na krótszy lub dłuższy czas wystąpienie ostrych objawów ze strony gardła; w czasie istnienia lub po nich w 2—3 dni lub nieco więcej po ostrych objawach występowały objawy stawowe. Nie dosyć na tem, bo z historyi chorób widzimy, że często chorzy ci należeli do tych, u których zapalenie gardła było sprawą przewlekle powtarzającą się, aż gdy wśród jednego nawrotu zajęcia migdałków wystąpiły objawy stawowe, wtedy nawrotom migdałkowym towarzyszyły nawroty ostrego gośćca lub zaostrzenia spraw pogośćcowych w zakresie narządu krążenia. Początek nietylko pierwszego nawału gośćca, lecz zwłaszcza nawrotów jego, poprzedzało zawsze w tych przypadkach ostre zapalenie gardła, co tem bardziej przemawia za istotnym, a nie przypadkowym związkiem obu tych spraw.

Przeglądając historye chorób przypadków, których nie włączyliśmy do szczegółowej naszej kazuistyki, a te dotyczą przedewszystkiem ludzi inteligentnych, znajdowaliśmy również często w wywiadach obecność poprzedzającego ostrego zapalenia migdałków. Statystyki jednak częstości występowania obu tych spraw w naszych przypadkach podawać nie chcę ze względów, które wyżej zaznaczyłem. Dodać przecież muszę, że stosunek ten w naszych przypadkach był bardzo częsty, choć nie we wszystkich przypadkach spotykaliśmy świeżo przebyte zapalenie migdałków. Przeglądając dane statystyczne, podane przez innych, znajdujemy w literaturze znaczne różnice pod tym względem.

TABLICA 1.

Nr porz. Imię i nazwisko Wiek	Rozpoznanie kliniczne (w skróceniu).	Rozpoznanie anatomo patologiczne (w skróceniu).	Stan makroskopowy migdałka.	Stan mikroskopowy migdałka.	Uwagi
1. W. I. lat 56.	Endocarditis chron. sub forma insuffic. valv. mitralis in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. valvul. mitralis exacerbans etc., myocarditis chron. etc. in stadio incompensationis etc Emphysema pulm., pleuritis adhaes. chron. Bronchopneumonia dispersa. Cholelithiasis.	Migdałki duże występują ponad powierzchnię; w obu krypty głębokie; za uciskiem z prawego wydobywa się treść zbita, cuchnąca, z lewego treść ropiasta. Na przekroju widać w lakunach żółte czopy; od otoczenia ogranicza się ostro.	Krypty szerokie, wypełnione masami złuszczonego nabłonka i ciałkami białemi. W tkance adenoidalnej folikuły gdzieniegdzie; dość tkanki łącznej. W tkance podmigdałkowej nacieków nieprawidłowych niema.	
2. K. G. lat 42.	Endocarditis chron. ad valv. mit. exacerbans intercurrente statu septico, pericarditis exsudat. etc. nephritis septica, dermatitis embolica etc.	Tonsillitis lacunaris, pericarditis sero-fibr. acuta, endocarditis chron. valv. mitral. acute exacerbans etc. Tumor lienis acutus, nephritis et dermatitis embolica; cholecystitis ulcerosa.	Migdałki duże, błona śluzowa przekrwiona, krypty głębokie, za uciskiem wydobywa się z nich ciecz ropiasta. Na przekroju w lakunach ciecz ropiasta. (Gruczoły limfatyczne na szyi obrzękłe).	Krypty szerokie wypełnione strzępami nabłonka i ciałkami białemi, naczynia silnie przekrwione; ognisk nekrotycznych brak.	
3 P. G. lat 21.	Polyarthritis rheumatica acuta in individuo cum endocarditide chron. ad valv. mitralem in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. valv. mitralis exacerbans, myocarditis chron. etc. in stadio incompensationis etc. Pneumonia lobularis.	Migdałki nieco wystające; krypty głębokie, z nich przy ucisku wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju w miąższu ropni nie widać.	W kryptach obfite łuszczenie się nabłonków; krypty wypełnione prócz tego masami nekrotycznemi i ciałkami białemi (bakterye). W tkance adenoidalnej folikuły widoczne; uderza silne przekrwienie W tkance podmigdałkowej wzdłuż naczyń nieliczne nacieki drobnokomórkowe.	
4. P. T. lat 51.	Endocarditis chron. ad valv. mitralem etc. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. verruc. valv. mitral. exacerb. etc in stadio incompensationis; arteriosclerosis.	Migdałki nie duże, krypty zaznaczone; z nich za uciskiem nic wydobyć nie można. Na przekroju widać pasma tkanki łącznej wnikające od podstawy. Ropni nigdzie nie ma.	Nabłonek dobrze utrzymany. W tkance adenoidalnej folikuły widoczne. W samym migdałku dużo tkanki łącznej.	
5. S. J. lat 22.	Haemoptoe; in agonia.	Endocarditis chron. fibr. ad valv. mitral. exacerbans, etc. in stadio incompensationis etc.; pneumonia lobularis, tumor lienis acutus, tonsillitis lacunaris chron.	Migdałki powiększone, krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się rzadka ciecz ropiasta, miejscami czopy; na przekroju w jednem miejscu ropień wielkości orzecha laskowego wypełniony cieczą rzadką ropiastą; lakuny wypełnione czopami; przekrwienie silne.	Nabłonek na powierzchni dobrze utrzymany, w kryptach odpada w całości, obrzękły; krypty szerokie, wypełnione masami nekrotycznemi; folikuły wyraźne; naczynia przekrwione; w tkance podmigdałkowej dookoła niektórych naczyń naciek drobnokomórkowy; tkanka łączna dość obficie wrasta w migdałek.	
6. K. M. lat 23.	Chorea gravidarum.	Uterus post partum, hyperaemia pulmonum et pneumonia lobularis incipiens. Degeneratio adiposa myocardii. Endocarditis verrucosa recens.	Migdałki małe, krypty głębokie, przy ucisku nic wydobyć nie można. Na przekroju przekrwienie mierne, lakuny głębokie sięgają aż do dna migdałka.	Nabłonek dobrze utrzymany, folikuły liczne, dobrze odgraniczone. Tkanki łącznej obficie.	Z brodawek na zastawkach wyrósł na pożywkach bacillus pyocyaneus; z miąższu migdałka również; ze krwi nie wyrosło nic.
7. E. M. lat 12.	Endocarditis chron. s. forma insuffic. valv. mitralis et stenosis ostii venosi sin. Pericarditis chron adhaes. etc.	Endocarditis chron. valv. sem. aortae et valv. mitr. exacerb. etc., pericarditis obsoleta etc. in stadio incompensationis etc. Tonsillitis chron. lacunaris.	Migdałki duże; krypty wyraźne. głębokie, z nich za uciskiem wydobywa sie ciecz ropiasta. Na przekroju budowa utrzymana, miąższ przekrwiony.	Nabłonek w kryptach łuszczy się obficie; w nich prócz tego masy nekrotyczne i ciałka białe. Folikuły wyraźne; przekrwienie dość silne.	
8. I. W. lat 23.	In agonia.	Endocarditis chron. valv. mitral., tricuspid. et aortae verruc. exacerb., pericarditis recens. etc.; incompensatio etc.	Migdałki nieco powiększone; krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju budowa zachowana.	Nabłonek w kryptach łuszczy się obficie; masy nekrotyczne i leukocyty. Folikuły wyraźne; przekrwienie w tkance adenoidalnej.	
9. C. A. lat 17.	Endocarditis chron. ad valv mitral. exacerbans; pericarditis obsoleta etc. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. exacerb. valv. mitral. et recens valv. semilun. aortae etc.; incompensatio.	Migdałki niewielkie; krypty bardzo wyraźne, głębokie, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju widać bardzo szerokie krypty.	Nabłonek w kryptach łuszczy się obficie; ciałka białe w kryptach. Folikuły wyraźne, przekrwienie mierne.	
10. H. I. lat 20.	Endocarditis chron. in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. valv. semilun aortae et mitralis verrucosa exacerb. et recens verrucosa valv tricuspidalis etc. incompensatio.	Migdałki duże, krypty bardzo wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta; z krypty tylnej dużej obfite masy szarawe. Na przekroju odgraniczenia wyraźne, miąższ obrzękły, lakuny workowato rozszerzone, w nich ciecz ropiasta.	Nabłonek na powierzchni i w kryptach łuszczy się obficie, w kryptach prócz tego obfite ciałka białe. Folikuły nieliczne lecz wyraźne.	

TABLICA I. (ciąg dalszy).

Nr porz. Imię i nazwisko Wiek	Rozpoznanie kliniczne (w skróceniu).	Rozpoznanie anatomo-patologiczne (w skróceniu).	Stan makroskopowy migdałka.	Stan mikroskopowy migdałka.	Uwagi
11. S. M. lat 27.	Endocarditis chron. etc. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. ad valv. mitral. semilun. aortae et tricuspid. s. forma verrucosae exacerbans etc. in stadio incompensationis.	Migdałek mały, błona śluzowa blada, krypty wyraźne, z nich wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju krypty szerokie, wypełnione treścią zbitą żółtą.	Nabłonek w kryptach łuszczy się, w nich prócz tego masy nekrotyczne i ciałka białe. Folikuły nieliczne, naczynia krwionośne o ścianach zgrubiałych; obficie tkanki łącznej.	
12. M. K. lat 33.	Endocarditis chron. ad valv. mitral. etc., myocarditis chron. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. fibr. sub forma verruc. exacerb ostii venosi utr. et arter. sin. etc. myocarditis chron. in stadio incompensationis.	Migdałki nie występują, blade, krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się skąpo ciecz ropiasta. Na przekroju odgraniczenie wyraźne.	Nabłonek na powierzchni utrzymany, w kryptach łuszczy się; b. skąpe ciałka białe. Folikuły gdzieniegdzie widoczne, tkanki łącznej obficie.	
13. S. M. lat 24.	Endocarditis chron. valv. mitral. etc. in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. fibr. val. mitral. et tricuspidalis exacerbans etc. venostasis etc.	Migdałki małe, na powierzchni jednego mały ubytek; krypty wyraźne, ropy za uciskiem wydobyć nie można. Na przekroju mało tkanki adenoidalnej.	Nabłonek utrzymany, na powierzchni jednego masy nekrotyczne; tkanki adenoidalnej mało; tkanka łączna obfita. Ukrwienie dobre.	
14. O. J. lat 24.	Endocarditis chron. ad valv. mitral etc., myocarditis chron. in stadio incompensationis etc. Polyarthritis peracta.	Endocarditis chron. exacerb. valv. mitral. et semilun. aortae et tricusp. et chron. fibr. post ulcerosam (?) subsequ. stenosi ostii venosi sin. Pericarditis chron. Incompensatio etc. Tonsillitis lacunaris et folicularis hypertr.	Migdałki bardzo duże, na powierzchni liczne wejścia do krypt głębokich, z nich wydobywa się b. obfita treść żółta, ropiasta. na przekroju miąższ obrzękły, w kryptach żółte czopy.	Nabłonek obrzękły, w kryptach obficie łuszczy się, tu błona śluzowa przerosła, tworzy wypustki silnie przekrwione, odpadające; obfite masy nekrotyczne i ciemno zabarwione twory [bakterye (?)]. Tkanka adenoidalna silnie ukrwiona, folikuły liczne, wielkie. Dookoła migdałka nacieki drobnokomórkowe.	
15. S. J. lat 36.	Polyarthritis rheum. acute exacerbans, endocarditis acuta ad valv. mitral. Delirium in individuo paralytico	Endocarditis ulcerosa incipiens valv. mitralis et chron. verruc. valvulae eiusdem etc. Tumor lienis acutus. etc.	Migdałki duże, na powierzchni zaczerwienione; krypty wyraźne, z nich wydobywa się rzadka treść ropiasta. Na przekroju krypty wyraźne, miąższ przekrwiony.	Nabłonek w kryptach łuszczy się obficie, w nich prócz tego masy nekrotyczne i liczne ciałka białe. Tkanka adenoidalna silnie przekrwiona, folikuły wyraźne, w tkance okołomigdałkowej drobnokomórkowe nacieki.	
16. J. J. lat 20	Endocarditis chron. ad valv mitral. etc. in stadio incompensationis.	Endocarditis chron. s. forma verrucosae exacerb, valv. mitralis etc., endocarditis chron. papill. ventr. sin. et recens verruc. tricuspid., obliteratio pericardii etc. in stadio incompensationis etc.	Migdałki dość duże, krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się obficie gęsta ciecz ropiasta. Na przekroju budowa nieco zatarta, miąższ obrzękły, lakuny b. głębokie i szerokie, wypełnione gęstą żółtą masą; jedna lakuna sięga aż do tkanki podmigdałkowej.	Nabłonek na powierzchni utrzymany, w kryptach łuszczy się, obrzękły, oprócz tego w kryptach liczne ciałka wypocinowe i masy nekrotyczne; folikuły obfite, naczynia przekrwione.	
17. A. O. lat 47.	Endocarditis chron. exacerbans valv. mitralis etc, nephritis chron. haemorrh. etc. incompensatio.	Endocarditis chron. fibr. calcificans valv. mitral., aortae et tricusp. sub forma verrucosae exacerb. etc, nephritis chron. haemorrh.; incompensatio etc.	Migdałki małe, krypty wyraźne, z nich za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju krypty wyraźne w dole znacznie rozszerzone, zawierają treść żółtą ropiastą i konkrementa żółte.	Nabłonek w kryptach obficie łuszczy się, w lakunach prócz tego obficie mas nekrotycznych i ciałek białych; naczynia rozszerzone; tkanki łącznej obficie.	
18. H. P. lat 16.	Endocarditis chron. valv. mitralis exacerbans etc., pericarditis obsoleta etc. in compensatio.	Endocarditis chron. valv. mitral. et ulcerosa recens valv. eiusdem et parietis atrii sin. etc. pericarditis obsoleta etc., incompensatio etc, thymus persistens.	Migdałki małe; krypty szerokie, z nich wydobywa się za uciskiem ciecz ropiasta. Na przekroju krypty szerokie, obficie tkanki łącznej.	Nabłonek na powierzchni utrzymany lecz obrzękły, zwłaszcza w kryptach; tu dość liczne ciałka białe i skąpo masy nekrotyczne. Folikuły widoczne; naczynia krwionośne o ścianach zgrubiałych.	
19. A. B. l. 40.	In agonia.	Endocarditis chron. exacerbans valv. mitralis etc., peri- et myocarditis chron.	Migdałki małe; krypty głębokie, z nich za uciskiem nic wydobyć nie można. Na przekroju tkanki adenoidalnej mało, tkanki łącznej obficie.	Nabłonek utrzymany. Folikuły ostro odgraniczone, tkanki łącznej obficie.	
20. E. S. lat 24.	Endocarditis chron. valvul. mitralis etc. in stadio incompensationis etc.	Endocarditis chron. calcif. valv. mitralis etc., incompensatio etc.	Migdałki małe, krypty prócz jednej tylnej słabo widoczne. za uciskiem wydobywa się ciecz ropiasta. Na przekroju w kryptach liczne żółte czopy.	Nabłonek w głębokich kryptach łuszczy się i odpada, prócz tego widać w nich ciałka białe liczne, masy nekrotyczne i bakterye; folikuły wyraźne, naczynia silnie przekrwione, w głębi dużo tkanki łącznej.	

Fowler podaje, że w 80% przyp. ostrego gośćca poprzedzało ostre zapalenie migdałków, gdy Steward podaje ten stosunek na 70—80%, a Archibald Garrod również na 80%; Gerhardt natomiast na 65 przypadków w 14 tylko znalazł poprzedzające zapalenie migdałków, co stanowi 21%; Pribram znowu stwierdza obecność obu tych spraw (według danych wywiadowych) tylko w 1·7%, gdy Singer znalazł ją w 42% przypadków. Te znaczne różnice statystyczne

muszą zastanowić, lecz, jak wiemy, wartość tych zestawień statystycznych nie jest wielka wobec tego, że one opierają się głównie na wywiadach, których znaczenie polega z jednej strony na inteligencyi i zdolności spostrzegawczej chorego, a z drugiej na celowości pytającego. Jak często i my mogliśmy stwierdzić brak podania w tym kierunku ze strony chorego, aż dopiero celowe, szczegółowe wypytywanie go następowo wykazać mogło poprzedzające zapalenie migdałków, nieraz i dokuczliwe, którego chory sam poprzednio nie podawał, »bo go o to nie pytano«. Statystyka w tej sprawie wówczas mogłaby mieć wartość rzeczywistą, jeśliby wywiady przeprowadzano zawsze wyczerpująco, a celowo w każdym przypadku włączonym do statystyki, a nie włączano »ad hoc« wszystkich przypadków »gośćcowych« bez wyjątku, w których wywiady są niedokładne i nieszczegółowe. W każdym razie nasze spostrzeżenia wykazują, że ostre zapalenie migdałków poprzedza często (w 80% przyp. mniej więcej) ostre zapalenie stawów i to nietylko pierwszy nawał jego, ale i nawroty tak stawowe, jak i zaostrzenia spraw gośćcowych w narządzie krążenia.

Z kolei przejdziemy do rozpatrzenia punktu drugiego, — czy schorzenie migdałków da się wykazać w sprawach gośćcowych jako objaw stały w każdym lub prawie każdym przypadku. Z przypadków klinicznych, przez nas przytoczonych, w 6 znaleźliśmy w migdałkach obecność ropy w kryptach i czopy cuchnące, ukryte w kieszonkach nieraz od zewnątrz zamknięte; przytem migdałki niezawsze były powiększone. W reszcie przypadków migdałki były tylko o błonie śluzowej zaróżowionej, mniej lub więcej powiększone lub nawet małe. Zwrócić jednak należy uwagę na to, że nieraz klinicznie można nie znaleść żadnej zmiany patologicznej w migdałkach, a dopiero dokładne badanie sondą haczykowatą zawartości kieszonek wykaże ukryte czopy lub ropę lub też w głębi migdałka schowany ropień. Nieraz jednak i przy tem badaniu nie wykażemy nic, a dopiero, jak doświadczenie poucza, wyłuszczenie zupełne migdałka lub badanie dokładne pośmiertne wykaże w głębi ukryty ropień, którego za życia znaleść nie było można. Zrozumieć łatwo ten ujemny nieraz wynik badania klinicznego, jeżeli uwzględnimy badanie pośmiertne migdałków, przy którem gdzieś w głębi migdałka dopiero znajdziemy ropień zamknięty od zewnątrz.

Z prac, spotykanych w literaturze o częstości istnienia schorzenia migdałków w przypadkach gośćcowych, przytoczę tylko wyniki badań, przeprowadzonych w tym kierunku przez Güricha i Schichholda, którzy podają najobfitszy materyał w tym przedmiocie. Przypomnę, co już wyżej zaznaczyłem, że Gürich opisał przy sprawach gośćcowych prawie stale przez siebie spotykane schorzenie migdałków t. zw. »angina fossularis chronica«, a podaje on, że wśród 125 przypadków gośćcowych dokładnie zbadanych znajdował je prawie we wszystkich. Schichhold znowu w swoich 70 przypadkach gośćcowych również prawie we wszystkich stwierdził obecność wspomnianej »angina fossularis chronica«. Przyłącza on się przytem do zapatrywań etyologicznych Güricha, że ostry gościec stawowy jest w wielu przypadkach wywołany przez opisane schorzenie migdałków.

Wobec braków, które nastręcza badanie kliniczne migdałków, jak to wyżej zaznaczyliśmy, uciekliśmy się do badania ich pośmiertnego. Przeglądając tablicę naszych szczegółowo przytoczonych przypadków, widzimy, że włączyliśmy tu przypadki tak ze sprawami ostremi gośćcowemi stawów, jak i przedewszystkiem przypadki ze zmianami następczemi w narządzie krążenia i jeden przypadek pląsawicy (chorea gravidarum), który ściśle do tej grupy schorzeń nie należy, lecz umieściliśmy go ze względu na ciekawy wynik badania bakteryologicznego w związku z zajęciem migdałków. Z dwudziestu przytoczonych przypadków, w dwu, to jest w 10% przypadków, migdałki nie okazywały żadnej zmiany patologicznej, w 18 zaś, to jest w 90% przypadków »gośćcowych« stwierdziliśmy schorzenie migdałków. Z tych osiemnastu przypadków w jednym spotkaliśmy martwicę na powierzchni migdałka, w przypadku drugim (chorea gravidarum) znowu mikroskop nie wykazywał wprawdzie żadnych objawów zapalenia, lecz badanie bakteryologiczne wykazało w migdałku obecność prątka ropy błękitnej, który również znaleziono w nalotach zapalnych na zastawce dwudzielnej, gdy ze krwi i śledziony wyhodować go nie było można. W reszcie przypadków, t. j. w 16, zmiany w migdałku przedstawiały jeden i ten sam typ schorzenia. Makroskopowo migdałki w nich co do wielkości przedstawiały się rozmaicie. I tak znajdowaliśmy migdałki małe, niewysterczające prawie z pomiędzy łuków podniebiennych. We wszystkich przypadkach patologicznych zwracało uwagę zachowanie się krypt migdałków; we wszystkich krypty występowały bardzo wyraźnie; były one przeważnie szerokie, w głąb migdałka sięgające. Często przytem na przekroju stwierdzić można było, że sięgały one bardzo głęboko nieraz aż do dna migdałka, okazując nieraz u podstawy znaczne rozszerzenie zakończeń, zwłaszcza najwyraźniej w przypadku dziesiątym. Za uciskiem migdałka z krypt wylewała się mniejsza lub większa ilość cieczy ropiastej, a często z nich wydusić można było cuchnące »czopy«, złożone z mas nekrotycznych i zagęszczonej ropy. Na przekroju migdałka w rozszerzonych, nieraz od zewnątrz zamkniętych lakunach stwierdzić można było również obecność mniej lub więcej gęstej ropy lub też czopów cuchnących, wypełniających nieraz w całości rozszerzone światło lakuny. Dodam, że, podobnie jak inni, w ropie wykazać mogliśmy drobnoustroje zdolne do rozwoju, które dały się hodować dobrze na pożywkach, i to przeważnie gronkowce i paciorkowce ropotwórcze. Badanie mikroskopowe migdałków znowu wykazywało zmiany w kryptach i to stwierdziliśmy w nich obfite złuszczone nabłonki, które nieraz odpadały całymi płatami, a obok nich w świetle znajdowaliśmy mniej lub więcej obfite ciałka ropne, a nieraz i masy nekrotyczne i drobnoustroje. Prócz tego szczególną uwagę zwrócić należy na obraz mikroskopowy w przypadku III, XIV, XV, w których prócz zmian w kryptach powyżej opisanych, stwierdziliśmy nacieki drobnokomórkowe wzdłuż naczyń w tkance podmigdałkowej. Te trzy przypadki dotyczyły chorych, u których za życia stwierdzono świeżo przebyty ostry gościec stawowy. Podobne nacieki drobnokomórkowe znaleźliśmy jeszcze i w przypadku V, który zwrócił uwagę naszą szczególnie tem, że dopiero na przekroju migdałka stwierdzono w nim w głębi ropień wielkości małego orzecha laskowego, który niczem nie objawiał się od zewnątrz. Obraz anatomopatologiczny migdałków, któryśmy stwierdzili w przeważnej liczbie naszych badanych przy-

padków, zaliczyć możemy do grupy, objętej nazwą zapalenia migdałków przewlekłego mieszkowego (angina lub tonsillitis lacunaris chronica) z następowem zatrzymywaniem się ropy w mieszkach i tworzeniem czopów cuchnących, z dążnością do zamknięcia ujścia krypt od zewnątrz. Następstwem tych zaburzeń będzie często tworzenie się w migdałku małych ropni zamkniętych od zewnątrz, które wypróżnić się nie mogą do jamy gardłowej, a zawierają w sobie drobnoustroje chorobotwórcze, zdolne do życia i zakażenia. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dermatologische Studien. Tom I. Wydawnictwo poświęcone Prof. P. G. Unnie przez przyjaciół i uczniów. Hamburg, L. Voss. 1911 r. (Ciąg dalszy).

Prof. Seifert **Przyczynek do znajomości gruźlicy części płciowych męskich.**

Jaffe. **Choroby weneryczne i prawo karne.**

Wechselmann W. **O zmięknieniu kości przy nerwowłókniakach.** W. opisuje przypadek nerwowłókniaków, rozrzuconych na całej powierzchni skóry, obok znacznego skrzywienia kręgosłupa i zniekształtnienia klatki piersiowej, skrzywienia przegrody kostnej i chrząstkowej nosa i znacznego wypuklenia podniebienia twardego. Znamiennym objawem były również w tym przypadku bóle przy ucisku kręgosłupa i żeber obok samoistnych bolów międzyżebrowych.

Bloch J. **Pierwsze wystąpienie trądu w Germanii.**

Krzyształowicz F. **Różnice postaci nacieku we wrzodzie wenerycznym a w nacieku kiłowym pierwotnym.** Różnice w ułożeniu nacieku w obu tych schorzeniach są bardzo wybitne. Przedewszystkiem wrzód weneryczny jest rzeczywiście ubytkiem tkanki, otoczonym naciekiem, złożonym z komórek plazmatycznych Unny, podczas gdy pierwotna zmiana kiłowa składa się z nacieków otaczających naczynia krwionośne. Opisując następnie różnice w ułożeniu komórek plazmatycznych w obu tych sprawach chorobowych w stosunku do naczyń i tkanek otaczających, zwraca K. uwagę na postać tychże komórek i na postacie przejściowe między niemi, a komórkami tkanki łącznej, a zatem głównie na obrzękłe i zanikowe komórki plazmatyczne, jakoteż komórki pochodne (Tochterzellen). Wreszcie opisuje przejścia między komórkami śródbłonkowemi i obłonkowemi, a komórkami plazmatycznemi Unny.

Prof. Kobert. **Co powinien wiedzieć dermatolog o saponinach?** Po przedstawieniu chemicznych własności saponinów, wskazuje autor na ich własności fizyczne (pienią się w rozczynach obojętnych i alkalicznych i mają własności tworzenia zawiesin) i farmaceutyczne. W końcu opisuje ich działanie lecznicze i możność ich zastosowania głównie w dermatologii: do mydeł, do kąpieli, do trunków pieniących się i do wytwarzania płynów zawiesinowych (dziegieć), dalej na błony śluzowe, do wód do ust i jako środki moczopędne.

Philippson L. **O odczynie tuberkulinowym w toczniu** (lupus). Na mocy badania kilkudziesięciu przypadków tocznia metodą skórną i oczną, dochodzi P. do wniosku, że nie można uważać za ciężkie tych przypadków, w których toczeń występuje w małych ogniskach, gdyż te pozostają zazwyczaj umiejscowione nawet długie lata, a rozszerzają się najczęściej skutkiem wadliwego leczenia. Za ciężkie zaś uchodzić muszą przypadki, w których toczeń skóry powstał przez bezpośrednie przejście sprawy gruźliczej z narządów leżących pod skórą, np. z błony śluzowej nosa w skórę. To też leczenie tych pierwotnych ognisk, szczególnie zmian w błonach śluzowych, może ustrzedz przed przejściem sprawy chorobowej w skórę.

Richter W. **Impetigo herpetiformis.** Opis przypadku.

Lifschütz I. **Od lanoliny Liebreicha do euceryny Unny.** Autor, dyrektor fabryki chemicznej, opisuje wytworzenie nowego tłuszczu, podanego przez Unnę i nazwanego euceryną, a mającego w stosunku do lanoliny tę zaletę, że miesza się bardzo dobrze z jeszcze większą ilością wody, niż lanolina.

Mendes da Costa. **Przypadek mięsakowatości typu Kaposiego.** Autor dochodzi do wniosku, że ten typ mięsaków bierze początek z śródbłonków naczyń. Z początku powstaje obrzęk i rozluźnienie śródbłonka, a później dopiero występuje wyraźnie przerost i bujanie. Dlatego nowotwory te uważa C. za śródbłoniaki, które rozpoznaje się po początkowych wynaczynieniach, po których widać dopiero rozwój nowotworów.

J. da Azua. **Obrzęk rumieniowy po jodzie w miejscach zaniku skóry.**

Scharff P. **Unguentum terebinthinae compositum.** Autor zaleca ciasto o następującym składzie: »Ac. salicyl. 10,0, ol. terebinth. 10,0—20,0, sulf. praecip., terebinth. aa. ad 100,0« w różnych sprawach zakaźnych skóry (folliculitis, furunculosis, pityriasis versicolor, trichophytiasis), opisując otrzymane w krótkim czasie bardzo dobre wyniki.

Posini A. **O budowie nabłonka w stanie prawidłowym i patologicznym,** w szczególności o włóknach naskórkowych (Epithelfaserung).

Prof. Posner. **O nitkach i wałeczkach w moczu.** (Badanie zapomocą wydoskonalonych sposobów optycznych bez barwienia, przy słabych i średnich powiększeniach).

Krzyształowicz.

Holleman. **Podręcznik chemii organicznej.** (Z siódmego wydania niemieckiego przetłómaczyli K. Sławiński i T. Pytasz. Warszawa, Wende i Ska). Książka powyższa napisana po holendersku, następnie zaanektowana przez literaturę niemiecką, słynie w wyższych uczelniach Europy, jako najlepszy »mały« (500 str.) podręcznik chemii organicznej. Cóż więc powiedzieć o tłómaczeniu polskiem; — można tylko podziękować tłómaczom za pracę (bardzo staranną), a Kasie Mianowskiego za to, że przyczyniła się do obniżenia ceny książki do granic, nieznanych na zachodzie, a także i na naszym rynku księgarskim. Możnaby wprawdzie uważać, że w ten sposób wytwarza się konkurencya nie do pokonania dla dzieł oryginalnych, ale właśnie owa »śmieszna« cena tłomaczonej książki powinna przyczyniać się do rozpowszechnienia i utrwalenia zdania, że czytelnik kupując za $^1/_4$ normalnej ceny (np. rb. 1 kop. 50) tłomaczenie, nie powinien jednocześnie obywać się bez analogicznych polskich dzieł oryginalnych. Poruszam tę sprawę dlatego, że niejednokrotnie słyszałem silne wymówki i więcej niż wymówki pod adresem polskich uczonych, wydających swoje kapitalne dzieła tylko w obcym języku. Niestety nie mamy w Galicyi Kasy Mianowskiego, a fundusze wydawnicze Akademii Umiejętności są skromne.

Wracając do omawianego podręcznika, zaznaczę przedewszystkiem, że jest on napisany zwięźle, nie tak jednak, aby nie można było więcej materyału wpakować na owe 500 stron. Zato działy ważniejsze, zasadnicze, opracowane są obszerniej, ze zdumiewającą jasnością wykładu. Niezrównane są pod tym względem wykłady, odnoszące się do zagadnień stereochemicznych (str. 59, 185, 375 i inne). Z punktu widzenia lekarskiego zarzuciłbym mógł omawianemu podręcznikowi jeden brak: ciała ważne pod względem fizyologicznym są omówione bardzo krótko (z wyjątkiem ciał purynowych pięknie opracowanych). W tym kierunku o wiele więcej daje nam podręcznik chemii organicznej Prof. L. Marchlewskiego, podręcznik o tym samym zakresie, co omawiany i nie ustępujący pod żadnym względem sławnej książce Hollemana. T. Koźniewski.

Dr Józef Starzewski: **Pielęgnowanie chorych.** opracował według niemieckiego podręcznika urzędowego...

Lwów 1912. Nakładem Gubrynowicza i Syna. Str. XXIV + 283. Cena 4 kor.

Warunkiem koniecznym dobrego wykształcenia dozorców i dozorczyń chorych jest dobry podręcznik. W szkole pielęgnowania chorych niepodobna liczyć na to, by wystarczył wykład ustny, choćby najobficiej objaśniany demonstracyami; jak bez ćwiczeń praktycznych, osobiście wykonywanych, tak i bez wyuczenia się zasadniczych wiadomości z podręcznika trudno sobie wyobrazić dobre wyniki nauki szkolnej kandydatów i kandydatek, nie posiadających większego wykształcenia i o średnim zasobie inteligencyi. Toteż, skoro zrealizowała się myśl, poruszona przez »Przegląd lekarski« w r. 1907 i skoro powstała w szpitalu lwowskim szkoła pielęgnowania chorych, przeznaczona przedewszystkiem dla Sióstr Miłosierdzia, stworzenie odpowiedniego podręcznika stało się rzeczą niecierpiącą zwłoki. Mieliśmy wprawdzie szereg książek, poświęconych tej sprawie, lecz dziełka te tłómaczone ani układem, ani treścią nie były odpowiednie dla użytku szkolnego, a przytem były znacznie przestarzałe. Dobre wyniki rokować też można szkole lwowskiej z tego, że jej kierownik, dyrektor szpitala krajowego, odrazu o podręczniku pomyślał i że nie popadł w jedną z dwu, w takim razie ryzykownych skrajności; mianowicie nie silił się na stworzenie rzeczy całkowicie oryginalnej, ale też i nie poszedł niewolniczo za obcymi wzorami. Wybierając drogę pośrednią przerabiając i dostosowując do naszych potrzeb urzędowy pruski »Krankenpflege Lehrbuch« z r. 1910, dał Dr Starzewski i swoim uczennicom i naszej literaturze w tym zakresie dziełko prawdziwie pożyteczne. O pożytku dla literatury naszej wspominamy dlatego, bo wprawdzie posiadamy doskonałe tłómaczenie bardzo w swoim rodzaju dobrej książki Mendelsohna, jednakże wobec ciągłego postępu w tej dziedzinie i ona nie ze wszystkiem już wystarcza i przeznaczona dla lekarzy i studentów może wprawdzie im samym dostarczyć dużo wiadomości, ale nie wskaże im, czego od dobrego dozorcy lub dozorczyni wymagać można i jak go sobie wyrobić. A w tym względzie książka Dr Starzewskiego przyda się i słuchaczom medycyny i nieraz lekarzom i godzi się też im przejrzenie tego dziełka polecić.

Sposób przedstawienia rzeczy jest jasny i treściwy, gdzieniegdzie może zanadto nawet treściwy, gdyż wprawdzie wystarczy tam, gdzie książkę uzupełnia wykład ustny, gdzie służy ona tylko do repetycyi, ale może zbyt zwięzły będzie dla samouków. A pragnąćby przecie należało, aby i dla osób, nie zawodowo, lecz przygodnie (np. w rodzinie) opiekujących się chorymi, książka ta, skądinąd tak dobra, w każdym względzie wystarczyła. Prawda, że rozszerzenie niektórych ustępów w ponownem wydaniu zaszkodzićby mogło jej charakterowi podręcznika przedewszystkiem szkolnego; jednakże możeby się powiodło te obszerniejsze wyjaśnienia tak wprowadzić, aby bądź przez drobniejszy druk, bądź przez umieszczenie w dopiskach, dały się jako nienależące do ram książki szkolnej odróżnić.

O obecnej postaci i podziale książki daje wyobrażenie układ materyału. Wiadomości o budowie i czynnościach ciała ludzkiego zamykają się na 22 stronicach. Następują krótkie (10 stron) uwagi o pokoju chorego, przewietrzaniu, ogrzaniu, oświetleniu, usuwaniu nieczystości. Ogólnym wiadomościom o objawach chorobowych i ich spostrzeganiu dla zdania sprawy lekarzowi poświęcono rozdział III, zajmujący 18 stronic, a pielęgnowaniu chorych (czystość, prześcielanie, układanie, przenoszenie i t. p.) rozdział IV (31 stron). Następne rozdziały obejmują wskazówki, dotyczące żywienia chorych i wykonywania poleceń lekarza. Pielęgnowanie zakaźnie chorych, chirurgicznych, niemowląt i chorych umysłowo omówione są w osobnych rozdziałach. Całość uzupełnia zarys pomocy doraźnej, zasady zachowywanie się w ogólności względem chorych, rodziny ich, lekarza i t. d. i kilka stron o pielęgnowaniu umierających. Do książki dodano bardzo praktyczny słowniczek częściej używanych słów obcych, a tekst objaśniono 118 dobremi rycinami; natomiast dołączone 3 tablice kolorowane nie są już tak dobre. Zresztą strona typograficzna jest wzorowa.

Życząc książce rozpowszechnienia w szerszych sferach, trudno jednak uważać obecną jej cenę księgarską za ułatwienie w tym względzie. Książka, która ma i powinna być naprawdę popularna, musi być też i tania. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Schepelmann. **Choroba morska.** (Klin. therap. Woch. 1911, Nr 40—51). Choroby i cierpienia, powstające wskutek ciągłego ruchu, nazwał Rosenbach kinetozami; należą tu przypadłości przy jeździe balonem, na karuzeli, windą, choroba górska, morska i t. p., a w mniejszym stopniu przypadłości przy jeździe koleją. Podobne objawy wywołuje także jazda na wielbłądzie (ruchy od przodu ku tyłowi wskutek przesuwania się garbu, i boczne wskutek tego, iż wielbłąd wysuwa na raz obie nogi lewe, a potem obie prawe, a nie na przemiany, jak koń). W mniejszym stopniu chwianie to odczuwa się przy szybkiej jeździe na słoniu. Trzęsienie ziemi może czasem wywoływać również kinetozę. Przy kołysaniu się występuje niemiłe uczucie, zwłaszcza przy początku wznoszenia się i końcu opadania. Przy jeździe okrętami, zwłaszcza mniejszymi, wchodzą w grę różne ruchy: kołysanie, chwianie się, podnoszenie i opadanie, a wreszcie zakreślanie łuków przez końce okrętu. Choroba morska ustępuje z chwilą wylądowania, czasem tylko uczucie kołysania i nudności trwają jeszcze 1—2 dni. Objawami choroby morskiej są; niechęć do wszystkiego, apatya, bladość, pocenie się, nudności, wymioty, wstręt do jedzenia i palenia tytoniu, zmniejszenie ilości moczu, utrata wagi ciała, ślinotok, uczucie zimna w okolicy nadbrzusznej i t. p. Zwykle przypady wśród burzy ponawiają się. Czasem choroba przybiera przebieg przewlekły. Nierzadko w razie nagłego niebezpieczeństwa przypady ustają nagle, jak ręką odjął. Choroba morska oszczędza zwykle dzieci, a zawsze oseski. Z powikłań wspomnieć należy o poronieniach, zaburzeniach czynności serca i t. p. Nie należy przyjmować na okręt ze względu na wpływ choroby morskiej chorych z przepuklinami, sprawami wrzodziejącemi przewodu pokarmowego, ze zmianami w narządzie krążenia, ciężką gruźlicą i t. p. Wrodzona odpornośc na chorobę morską wydarza się, ale rzadko. W 68% spotykamy naodwrót nadczułość. Nie zapadają na chorobę morską ludzie, cierpiący na ropienia ucha wewnętrznego, głuchoniemi i ślepi. Bardzo wrażliwi są żydzi, kobiety nerwowe, neurastenicy, chorzy na nieżyt jelit i osłabienie po chorobach. Częściej i ciężej zapadają nie palący, niż palacze tytoniu. Ze zwierząt odporne są koty i ptaki, natomiast psy, małpy i konie zapadają nieraz na chorobę morską. Teoryi powstawania morskiej choroby jest kilka: 1) teorya psychiczna, 2) teorya złudzeń zmysłów, 3) teorya niedokrwienia mózgu, 4) wstrząsania trzew brzusznych, 5) teorya molekularnych wstrząśnień Rosenbacha, 6) teorye mózgowe, 7) teorya móżdżkowa tegoż autora. Celem zapobiegania chorobie morskiej polecono stopniowe przyzwyczajanie się do chwiania w różnych przyrządach przed podróżą (kołyski, izby chwiejące się, fotele, karuzele i t. p.); nie wiele one jednak pomagają. Leczniczo jedni polecają położenie się zaraz przy pierwszych objawach na wznak, inni gorące okłady na głowę. Simon stosował podobno ze skutkiem zastoinę Biera. Wielu poleca miesienie nerwów, Dornblüth opaskę brzuszną, inni faradyzacyę okolicy żołądka, Peters fotel wibracyjny. Niezłe usługi oddają ćwiczenia oddechowe. Co do dyety, to zdania są różne. Jedni radzą jeść dużo, inni mało, lecz rzeczy pożywne. Anglicy używają zaraz z początku choroby dużo alkoholu. Dalej podają środki gorzkie, znieczulające, chlo-

roform, atropinę, walidol, środki kojące, (sedativa), środki nasenne, niektórzy stosują systematyczne wstrzykiwania morfiny i t. p. Autor zachwala jako najpewniejszy środek weronal w dawce 0·5—0·75. Ideałem będzie wynalezienie okrętów nie chwiejących się na wodzie, a raczej pokładów i kabin, niezawisłych od ruchu okrętu. K.

Chirurgia.

Casper. **W sprawie leczenia nowotworów pęcherza.** (Med. Klinik. 1911, Nr 51). Każdy nowotwór pęcherza należy operować, albowiem i z najłagodniejszych powstają nieraz złośliwe. Co do drogi operacyi, to o ile możności radzi Casper operować śródpęcherzowo, albowiem cięcie nadłonowe pęcherza nietylko nie daje lepszych wyników, ale nawet usposabia zdaniem Caspra do nawrotów (?), i to bardzo rozlanych i ciężkich. Doświadczenie swe opiera Casper na 192 przypadkach nowotworów pęcherza. Najpierw zbadać należy kawałek nowotworu drobnowidowo. Wynik ujemny co do złośliwości nie dowodzi niczego. Wielkość guza nie może być przeciwwskazaniem do operacyi śródpęcherzowej. Używać należy instrumentaryum o ile możności prostego i dlatego C. przekłada pętlę zimną nad galwanokaustyczną. Krwotoki następowe lub bezpośrednie występują w 2% mniej więcej tak samo przy galwanokaustyce, jak i przy pętli zimnej. Krwotoki następcze przy oddzieleniu strupa występują w 2—3 tygodni. C. kładzie wielki nacisk na to, by po usunięciu nowotworu z pęcherza jeszcze dokładnie zniszczyć jego podstawę w miejscu jego siedziby. K.

Weisz. **Leczenie kamieni pęcherza.** (Pest. med. chir. Pr. 1911. 47, Nr 35). W okolicach, gdzie kamienie występują endemicznie, należy, jak radzi Senator, zakazać pić chorym wody z tego miejsca. Co do dyety, to zalecamy obficie płyny, dyetę mieszaną, mało mięsa, unikanie kawioru, szparagów, kawy, płynów alkalicznych i potraw korzennych. Poleca się zaś owoce, cytryny, mleko, jaja, jagody, winogrona i t. p. Należy zachęcać chorych do ruchu, Ze zdrojowisk polecamy Karlsbad, Vichy, Wildungen, Maryenbad i t. p. (po 4 tygodnie przez kilka lat z rzędu). Trzeba znać skład kamienia i stosownie do tego regulować dyetę (np. przy szczawianach unikać szpinaku, szczawiu, buraków, kakao, grochu i t. p.). W końcu zaznacza autor, że jedynym doszczętnym sposobem usuwania kamieni może być tylko mechaniczne wyjęcie kamienia, co nie wyłącza, a raczej zachęca do stosowania powyższych sposobów postępowania. K.

Weisz. **Charakterystyczne objawy kamieni pęcherza.** (Pest. med. chir. Pr. 1911, 47, Nr 34). Objawy kamienia pęcherza zjawiają się zwykle po forsownych ruchach, a znikają w spokoju. Jednym z pierwszych jest krwawy mocz; krwawienie nie występuje nigdy po nocy, jest skąpe i występuje rzadko. Bole mogą być co do natężenia najrozmaitsze, najczęściej lokalizują je chorzy w żołędzi. Natężenie bolu zależy od chropowatości kamienia i stanu pęcherza i zwykle przy końcu oddawania moczu, gdy ściana pęcherza dotyka kamienia, są bole najsilniejsze. Zatrzymanie strumienia moczu zjawia się najczęściej przy kamykach mniejszych. Niedomykalność pęcherza pochodzi od wielkiej jego wrażliwości, lub od tego, że kamyczek tkwi w pęcherzowem ujściu cewki. Jest to zwykle jeden z pierwszych objawów kamyka u dzieci. W następstwie przypadłości kamienia zjawić się mogą: rozszerzenie kanałów pachwinowych, przepukliny, guzy krwawnicze, wypadnięcie odbytnicy i t. p. Chorobę cechuje nieżyt pęcherza przy moczu jasnym z małymi krwotoczkami i z nagłem niekiedy zatrzymaniem moczu, ewentualnie odchodzeniem kamyczków. Upewnia w rozpoznaniu zgłębnik, cystoskop i rentgenoskopia. K.

Położnictwo i ginekologia.

Noeggerath. **W sprawie karmienia przy gruźlicy stwierdzonej lub podejrzanej.** (Pract. Ergebnisse d. Geburtsh. u Gynaek. 1911, T. IV). Współczesny pogląd na sprawę karmienia niemowląt przez matki gruźlicze streszcza się w zdaniu »mère — pas d'allaitement«. Jakkolwiek N. na zasadzie licznych ścisłych badań stwierdził, że z bardzo małymi wyjątkami bakterye gruźlicze nie przedostają się do ustroju oseska na drodze gruczołu mlecznego, to jednak jest on również zwolennikiem przytoczonej powyżej zasady, a to z następujących powodów: Jak poucza statystyka i piśmiennictwo, mleko matek gruźliczych nie uodpornia ustroju oseska przeciw gruźlicy, ani też nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy, gdy ona u oseska wystąpi. Natomiast karmienie osłabia ustrój matki w walce z gruźlicą o tyle, że ta sprawa chorobowa albo zaostrza się, albo dotąd utajona ujawnia się, i matka taka, pomijając szkodę, jaka dla niej stąd wynika, tem łatwiej staje się źródłem zakażenia dla dziecka. Rozwiązanie sprawy z punktu widzenia higieny społecznej leży w odosobnieniu osesków zdrowych, a zagrożonych przez gruźlicze matki, w odpowiednich zakładach. A. Markowa.

Birnbaum. **Choroba Basedowa, a życie płciowe kobiety.** (Pract. Ergebnisse der Geburtshilfe v. Gynaek. 1911, T. IV, 1). Choroba Basedowa wywołuje często zaburzenia w miesiączkowaniu, a nawet brak miesiączki, połączony z zanikiem części płciowych. Tłomaczy się to przypuszczalnym związkiem między czynnością wydzielniczą gruczołu tarczowego, a jajnika. Z drugiej strony w czasie miesiączkowania zaostrzają się objawy choroby Basedowa. Dlatego poleca się wtedy spokój, leżenie w łóżku. Wszelkie zaś zabiegi, mające na celu leczenie zbyt silnych krwawień miesięcznych, źle wpływają na stan chorych i należy ich unikać. Powikłanie choroby Basedowa ciążą jest wogóle niezmiernie rzadkie (11 na 15000 porodów). Ponieważ jednak ani ciąża, ani połóg, z niezmiernie rzadkimi wyjątkami, nie wywołują zaostrzenia objawów choroby Basedowa, przeto ta sprawa chorobowa nie stanowi przeciwwskazania ani dla zastąpienia, ani dla karmienia. Co do wpływu choroby Basedowa na płód, zdania są podzielone: poronienie jest rzeczą rzadką, łatwiej występuje w początkach ciąży. Płód może dziedziczyć i chorobę i skłonność do niej. Na pytanie, czy ciąża może wywołać objawy choroby Basedowa, większość autorów odpowiada przecząco. Co najwyżej może ciąża sprawić wystąpienie choroby Basedowa, przedtem utajonej. Zgubny wpływ ciąży na chorobę Basedowa należy jednak zdaniem Birnbauma do bardzo rzadkich przypadków. Gdy jednak groźne objawy wystąpią, racyonalnem leczeniem jest metoda operacyjna Kochera, nie zaś przerwanie ciąży. A. Markowa.

Bossi. **Typowy przypadek porażeń histerycznych na tle zmian w jajniku i macicy.** (Gynaek. Rundschau 1911, Nr 22). Bossi opisuje przypadek zupełnego porażenia kończyn górnych i dolnych u 34-letniej chorej, u której rozpoznawano histeryę. Badanie ginekologiczne stwierdziło zakaźne zapalenie błony śluzowej macicy (endometritis), miąższowe zapalenie szyjki macicy i ślady wysięku w lewych przydatkach. Po wyskrobaniu błony śluzowej macicy i plastyce szyjki znikły wszelkie objawy również i ze strony układu nerwowego. Następnie prawidłowa ciąża i poród. Stąd wniosek, że narządy płciowe kobiet powinny być dokładnie badane przy zaburzeniach nerwowych, psychicznych lub umysłowych. Pojęcie zaś histeryi nie będzie mogło zdaniem B. utrzymać się jako jednostka kliniczna, lecz z postępem wiedzy rozpadnie się na szereg całkiem różnych składników. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Bloch. **O występowaniu strupnia woszczynowego mysiego u człowieka i jego stanowisko w systemie chorób skóry pochodzenia grzybkowego.** (Dermat. Zeitschr. 1911, str. 452). Do dzisiejszego dnia znane są 3 rodzaje grzyba, wywołującego strupień woszczynowy: Achorion Schönleini, Ach. Quinkeanum i Ach. gypseum Bodin. Odmiany poszczególne trzymają się pewnych okolic, i tak, gdy

np. Ach. Sch. prawie wyłącznie pojawia się w okolicach Paryża. to Ach. Qu. znajdowany bywa w Berlinie i Kilonii. Autor opisuje 5 przypadków strupnia woszczynowego, wywołanego przez Ach. Qu., pochodzących z okolic Bazylei. Przypadki te tem się wyróżniały, iż strupień nie zajmował nigdy miejsc owłosionych, ale okolice skóry nie owłosione (policzek, koniec nosa, udo, ręce, przedramię). Z wszystkich 5 przypadków wyhodowany grzyb okazywał te same cechy; rósł w ciepłocie pokojowej bardzo szybko na zwykłych podłożach w postaci gęstego białego meszku. Dla świnek morskich był silnie trującym. Wszystkie te cechy zbliżają grzyba tego do grupy grzyba strzygącego i dlatego też zdaniem autora grzyb ten nie należy, jak dotąd przypuszczano, do grupy woszczynowej, ale do grupy grzyba strzygącego, może zaś wywoływać w skórze znamienne tarczki, podobne do grzyba woszczyn. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 20 XII. 1911.

Przewodniczy Prof. Cybulski. Obecnych 50.

1) Kol. Radwańska przedstawia przypadek **tarni dwudzielnej i wrodzonego wypadnięcia macicy** u $2^1/_2$-miesięcznego oseska.

2) Imieniem komitetu przedwyborczego przedstawia jego przewodniczący, kol. Prof. Łazarski, kandydatów do Zarządu na r. 1912.

Wybrano na r. 1912 następujący Zarząd:

Prezes: Dr Tomasz Janiszewski.

Wiceprezes: Dr Maksymilian Cercha.

Sekretarz stały (na 3 lata): Dr Wacław Damski (ponownie).

Sekretarka doroczna: Dr Ada Markowa.

Bibliotekarz (na 3 lata): Dr Maksymilian Blassberg (ponownie).

Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego«: Dr Blassberg, Prof. Dr Browicz, Prof. Dr Krzyształowicz, Prof. Dr Majewski, Prof Dr Rutkowski.

Komisya sprawdzająca: Dr Bielański, Dr Tymoteusz Piotrowski.

Przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiej: Prof. Dr Między Mięsowicz.

Przewodniczący komisyi bojkotowej: Dr Józef Zanietowski.

Delegaci do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich: Prof. Browicz, Prof. Jurasz (ze Lwowa).

Delegat do komisyi sprawdzającej Tow. lek. gal.: Dr Schoengut.

Delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal.: Dr Akerman, Prof. Cybulski, Prof. Ciechanowski, Dr Damski, Prof. Dobrowolski, Prof. Kostanecki, Prof. Dr Jan Landau senior, Dr Schoengut, Dr Surzycki, Prof. Wicherkiewicz; zastępcy delegatów: Prof. Bochenek, Dr Kwaśnicki, Prof. Reiss, Dr Zygmunt Wachtel senior.

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

Posiedzenie dnia 7. XI. 1911 r

1) Landau i Numberg przedstawiają chorego R. S. właściciela szynku, lat 55. Poprzednio zawsze zdrów, nadużywał alkoholu, kiły się wypiera. Obecna choroba od trzech tygodni, rozpoczęła się bólami głowy i zawrotami, do których dołączyło się po tygodniu upośledzenie mowy, z nierozumieniem tego, co się do niego mówi. Badanie wykazało lekki połowiczy **prawostronny niedowład z objawami afazyi sensorycznej** z aleksyą i agrafią.

W dyskusyi nad etyologią wskazuje Piltz na alkoholizm u chorego i skłania się do rozpoznania »atheroma tosis cerebri« na tle przewlekłego alkoholizmu. Liczne drobne wybroczyny na tle zmian naczyniowych tłómaczą zdaniem mowcy wszystkie powyższe objawy. — Blassberg przypuszcza jedno ognisko z powolnem sączeniem się krwi w to ognisko, coby zdaniem jego tłómaczyło powolne rozwijanie się obrazu klinicznego. — Godlewski przypuszcza krwotoczne zapalenie opony twardej na tle alkoholizmu, czemu Piltz i Landau przeciwstawiają brak niektórych objawów np. drgawek i innych. — Rogalski przyjmuje zakrzep w zmienionej na tle nadużywania alkoholu tętnicy zatoki Sylwiusza z następowem nierównomiernem ogniskowem obumieraniem substancyi nerwowej.

2) Landau przedstawia chorego Z. I., lat 12, bez zajęcia, przysłanego z kliniki otyatrycznej U. J. z rozpoznaniem obustronnego zapalenia ucha środkowego i porażenia nerwu twarzowego lewego. Klinice otyatrycznej zależało na rozstrzygnięciu, czy stan mięśni mimicznych w zakresie porażonego nerwu jest takim, iż można się jeszcze spodziewać skutku z przeszczepienia nerwu językowego w nerw twarzowy i na podaniu przyczyny wysadzenia gałki ocznej i rozszerzenia źrenicy na temże oku. Wobec tego, iż badanie prądem elektrycznym wykazało zupełny odczyn zwyrodnienia tak w zakresie nerwu, jak i mięśni, nie widzi L. wskazania do przeszczepiania nerwów. Co do drugiej jednak sprawy, to badającego uderzyło przedewszystkiem to, iż źrenica oka prawego jest znacznie węższa, aniżeli źrenica oka lewego, na którem to oku wielkość jej należy uważać za prawidłową. Oddziaływanie wprost, konsensualne i podczas akomodowania jest po stronie lewej zupełnie prawidłowe. Ponieważ zaś wązka źrenica oka prawego przy oświetlaniu silniej się jeszcze zwęża, a przy zaciemnianiu oka bardzo niedostatecznie tylko rozszerza, przeto należy zdaniem L. źrenicę lewą uważać za prawidłową, a prawą za nieprawidłową i to w tem znaczeniu, że jej wązkość i niedostateczne rozszerzanie się położyć należy na karb niedowładu w zakresie nerwu współczulnego (m. dilatator pupillae). Idąc w tym kierunku dalej, przypuścić należy, że i wysadzenie lewej gałki ocznej jest tylko pozorne, wywołane z jednej strony przez niedowieranie się powiek (lagophtalmus) tegoż oka, z drugiej zaś może i przez lekkie wpadnięcie w głąb (enophtalmus) oka prawego, którego przyczyna leżałaby właśnie w niedowładzie nerwu współczulnego. Chorego skierowano więc do kliniki okulistycznej dla zbadania w tym kierunku, czy jest jakaś różnica w osadzeniu obu gałek ocznych. Badanie eksoftalmometrem Hertla nie wykazało jednak żadnej wogóle różnicy w osadzeniu gałek ocznych. Mimoto przyjmuje L. obok **porażenia obwodowego nerwu twarzowego lewego i niedowład prawego nerwu współczulnego**.

Dyskusya: Piltz sądzi, że do wyświetlenia przyczyny niby się mogło i badanie współczulnego odruchu źrenicznego, a którego badanie, wykonane natychmiast tak kłuciem, jak i prądem elektrycznym, dało wyraźną różnicę między stroną prawą a lewą. Po stronie lewej odruch ten sprawny, okazał się po stronie prawej bardzo leniwym. Piltz zwraca także uwagę i na zachowanie się powiek po obu stronach, wskazując na to, że szpara powiekowa prawa jest znacznie węższa, aniżeli lewa. Gdyby więc można ową wązkość szpary powiekowej odnieść do opuszczenia się powieki prawej na tle niedowładu mięśnia Müllera, to i to przemawiałoby za niedowładem nerwu współczulnego. Tego jednak rozstrzygnąć nie można z powodu obecności lewostronnego niedowierania się powiek, a więc dla braku możliwości porównania strony lewej ze zdrową.

3) Rogalski przedstawia następujący przypadek: Mężczyzna, lat 57, rz. kat., rolnik, dziedzicznie nie obciążony. W 9. i 27. roku życia przechodził zapalenie płuc, zresztą nigdy nie chorował. W 25. roku życia ożenił się; żona 6 razy w ciąży, wszystkie dzieci urodziła dobrze. 1. i 6.

umarło po kilku tygodniach, reszta dzieci chowa się dobrze. Wiewióra ani przymiotu miał chory nie przechodzić, alkoholu nie nadużywał. Obecna choroba rozpoczęła się przed trzema laty po wysiłku, jakiego chory musiał użyć podczas dłuższej jazdy wozem. Z powodu gołoledzi przytrzymywał często ręką koło wozu, opierając się przytem na lewej nodze. Na drugi dzień uczuł, że niema władzy w dużym palcu lewej nogi. Przez pół roku miała się choroba ograniczać do tego jednego objawu. Później posuwał się bezwład ku górze. W jakiś czas nie mógł już chory ruszać żadnym palcem u tej stopy, a wreszcie i całą stopą lewą. Z wiosną obecnego roku stała się bezwładną kończyna lewa aż po kolano. W czerwcu b. r. zauważył chory, że kończyna górna lewa staje się również słabszą. Obecnie ma w niej jeszcze władzę, ale nie taką, jak pierwej. Delikatniejszych robót nie może już wykonywać. Dolna i górna kończyna prawa zawsze były zdrowe i obecnie nie skarży się też chory na żadne w nich dolegliwości. Cierpienia, drgawek, bólów, nie doznawał chory w żadnej z kończyn. Wtedy tylko, gdy leżąc w łóżku chciał szybko wyprostować nogę lewą, uczuwał w niej strzyknięcie, które jednak zaraz mijało. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Bólów głowy i wymiotów nie miewał nigdy i nie ma.

Stan obecny: Głowa, nerwy czaszkowe, źrenice, dno oka bez zmian chorobowych. Narządy wewnętrzne również. Kończyny górne: ruchy czynne we wszystkich stawach obustronnie sprawne i wydatne; chory narzeka jednak, że ruchy przy pronacyi, w stawach nadgarstkowym i palców wymagają większego nakładu siły. Przy ruchach biernych zaburzeń wykazać nie można. Odruchy ścięgniste i okostne po stronie prawej miernie żywe, po lewej nieco żywsze. Siła mięśniowa (dynamometr) pr. 20—24, l. 15—16. Wymiary w obrębie ramienia i przedramienia Pr. = L. Natomiast dość wyraźne zaniki w obrębie mm. międzykostnych, przeciwstawnych i m. przywodzącego paluch w ręce prawej, i lewej. Kończyny dolne: Leżąc chory obu nóg równocześnie podnieść nie może. Pojedynczo podnosi nogę prawą o kąt około 60°, nogę lewą najwyżej 30°—40°. Ku zewnątrz odsuwa nogę prawą szybko i sprawnie, nogę lewą wolno i z wysiłkiem. Ruchy obrotowe całą kończyną po stronie l. również mniej wydatne i powolniejsze, niż po str. prawej gdzie są dobre. Ruchy w stawie kolanowym w obu kończynach mniej więcej równo wydatne, po lewej jednak mniej sprawne. Ruchy w stawie skokowym po str. pr. minimalne, po str. l. = 0. Ruchy w stawach palców obustronnie = 0. Przy ruchach biernych napięcie po str. pr. mniej więcej prawidłowe, po str. l. nieco zmniejszone. Odruch kolanowy po str. pr. miernie żywy, po l. nieco żywszy. Achillesowe obustronnie = 0. Podeszwowe = 0. Odruchy brzuszne po str. l. bardzo słabe, po pr. nieco żywsze; obustronnie wyczerpują się szybko. Odruchy mosznowe: po str. pr. żywszy, niż po l. Wymiary: str. pr. udo = 38·5; goleń = 36 cm.; str. l. udo = 31; goleń = 29 cm. W obu kończynach spostrzega się nadto lekkie drgania włókienkowe mięśni. Prawa kończyna do połowy goleni, lewa do kolana, zimniejsze przy dotykaniu, niż powyżej; obie obrzękłe i zasinione, prawa w obrębie stopy, lewa aż do połowy goleni. Pnie nerwowe obustronnie przy ucisku wrażliwe. Zaburzeń czucia brak tak w kończynach górnych, jak i dolnych.

Co do rozpoznania zgodzono się po dyskusyi na wniosek Borowieckiego: **postępujący zanik mięśni pochodzenia nerwowego (typ Charcot-Marie).** Należy jednak zrobić zastrzeżenie, że mielibyśmy tutaj do czynienia z przypadkiem nietypowym, gdyż rozpoznana powyżej choroba występuje najczęściej rodzinnie, rozpoczyna się z reguły w dzieciństwie, a bardzo rzadko w 3. lub 4. dziesiątku lat i wreszcie, że odruchy kolanowe bywają zniesione; natomiast w tym przypadku chory ma lat 57, choroba rozpoczęła się przed trzema laty, w rodzinie chorego nikt podobnie nie chorował; przy badaniu zaś stwierdza się zachowanie odruchów kolanowych, a zniesienie odruchów Achillesowych.

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Sesya Sejmowa, rozpoczęta 11 b. m., nie rokuje nadziei załatwienia wielu ze spraw sanitarnych, będących na dobie. Sprawa reformy wyborczej i sprawa stosunków obu narodowości, zamieszkujących Galicyę, zaciążyły nad Sejmem w ostatnich sesyach tak bardzo, że sporo spraw z różnych innych dziedzin spada z porządku dziennego. Z sesyi lutowej 1910 pozostały niezałatwione przez Sejm 4 sprawozdania komisyi sanitarnej, zalegające już od r. 1908 (a więc czwarty rok!): w sprawie utworzenia przy Wydziale krajowym osobnego organu dla spraw zdrojowisk krajowych, w sprawie zaprowadzenia ulepszeń w szpitalach przy leczeniu chorych gruźliczych, w sprawie zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie, w sprawie zwalczania gruźlicy — i 2 sprawozdania zaległe od r. 1909: w sprawie budowy klinik we Lwowie, oraz sprawozdanie o czynnościach Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego. Z sesyi jesiennej 1910 pozostały zaś niezałatwione znowu 4 sprawozdania komisyi sanitarnej: o szpitalu w Przemyślanach, o podniesieniu zdrojowiska Krynicy, o okręgach sanitarnych i sprawozdanie o czynnościach Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego. Zwłaszcza niezałatwienie sprawozdań tego Departamentu, stanowiącego osobną, a tak przecież doniosłą gałąź administracyi krajowej, jest tem przykrzejsze, że i w obecnej sesyi trudno będzie Sejmowi je załatwić.

W obecnej sesyi przedłożył Wydział krajowy Sejmowi sprawozdania i wnioski: w sprawie powiększenia etatu posad personalu lekarskiego, administracyjnego i służby krajowego szpitala powszechnego we Lwowie z powodu otwarcia pawilionów zakaźnych, w sprawie podwyższenia relutum za opał i światło dyrektorowi szpitala powszechnego we Lwowie i św. Łazarza w Krakowie, w sprawie przyznania dodatków osobistych Dr Czarnikowi, Schrammowi i Hołobutowi, tudzież w sprawie podwyższenia dodatku aktywalnego dyrektorowi szpitala św. Łazarza w Krakowie; w sprawie reorganizacyi służby i polepszenia jej bytu w krajowych szpitalach we Lwowie i Krakowie, tudzież w kraj. zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie; w sprawie utworzenia posady prymaryusza prosektora, a natomiast zwinięcia posady sekundaryusza prosektora w zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie. W preliminarzu budżetu krajowego na r. 1912 wśród ogólnej sumy wydatków 68.044,036 kor. wynosi rubryka »Sprawy zdrowotne« 7.390,579 kor., o 718.599 kor. więcej niż w r. z. Ponieważ jednak dochody w tej rubryce przewidziane są na 2,655.118 k., przeto istotny wydatek z funduszu krajowego wynosić ma 4,735.461 kor.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 10 b. m. posiedzenie, na którem Zarząd złożył sprawozdanie z czynności za r. 1911. Prezes Dr Janiszewski przemówił w słowach następujących: »Obejmując przewodnictwo, przedewszystkiem dziękuję za wybór na zaszczytne stanowisko prezesa Towarzystwa. Wyboru tego nie przypisuję jakimkolwiek moim osobistym zasługom, lecz uważać go muszę za wyraz pewnego zaufania i poparcia, jakiego doznaję ze strony Szanownych Kolegów w trudnej pracy nad poprawą stosunków sanitarnych miejskich, za wyraz pewnej harmonii i dobrych stosunków, jakie istnieją pomiędzy ogólem Kolegów, a Miejskim urzędem Zdrowia. To poparcie, jakiego mi Panowie Koledzy udzielacie, jako fizykowi miejskiemu, zechciejcie zachować także jako prezesowi naszego Towarzystwa. Jak tam, tak i tu bez Waszej pomocy wiele usiłowań pozostałoby bez skutku. Nie uważam za stosowne roztaczania jakich szerokich planów i programów na przyszłość. Rok czasu urzędowania prezesa jest zbyt krótkim okresem czasu, a zresztą Towarzystwo nasze ma tak świetne tradycye, tak długą i piękną przeszłość, że kroczy pewną, wyrobioną i utorowaną drogą. Napomknę dziś jedynie o tem, że baczną zwrócę uwagę na ukształtowanie się naszych stosunków finansowych. Ożywienie ruchu umysłowego Towarzystwa będzie drugiem mojem staraniem. W tym celu uważam za wskazane udanie się do naszych kierowników i mistrzów naukowych, aby nam drogi i sposoby do osiągnięcia tego celu wskazali. W końcu uważam, że nawiązanie bliższych stosunków z tak ruchliwym i sympatycznym związkiem, jakim jest Towarzystwo naszych techników, nie mało przyczyni się do ożywienia naszego naukowego i towarzyskiego życia. Staraniem mojem będzie choć w przybliżeniu sprostać zadaniom, które mnie czekają i zbliżyć się do przykładów, które mi pozostawili moi poprzednicy na tem samem stanowisku«.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Rozalia Weissberg, rodem z Krakowa i p. Edgar Zbigniew Gedl z Wadowic.

— Narzędzia do intubacyi O'Dwyera (kompletne etui), prawie nowe, dy nabycia. Wiadomość w Administracyi »Przeglądu lek.« (Dunajewskiego 2).

Warszawa. W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrani zostali na r. 1912: prezesem Dr Władysław Gajkiewicz (ponownie), wiceprezesem Dr Jakowski, sekretarzem dorocznym Dr B. Dębiński, jego pomocnikiem Dr T. Borzęcki.

Z różnych stron. Koledzy, przyjaciele i uczniowie profesora Instytutu lekarskiego dla kobiet w Petersburgu, M. M. Wolkowa, postanowili 25 letni jubileusz jego działalności uczcić w d. 29. XII. (st. st.). Na czele komitetu urządzającego stoją: Dr Pedenko, Gaudin i Wilamowski.

Mianowani: lekarzami powiatowymi w służbie rządowej w Galicyi Drowie: A. Zatłokal, A. Stangenhaus, H. Palester, F. Senkiewicz, M. Biliński, M. Udziela, R. Merunowicz, B. Grudzewski, O. Löwy, W. Wróblewski, J. Koczwa, R. Kułakowski i A. Kraus, a koncepistami sanitarnymi: A. Barański, M. Trzeciński, A. Parecki, J. Sokal.

Zmarli: ginekolog Prof. Winckel w Monachium, antropolog Prof. Topinard w Paryżu, Dr Wiktor Bogdański w 61 r. ż. w Mizoczu na Wołyniu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. stycznia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Przyjęcie nowych członków. 2) Dr F. Eisenberg: Z biologii bakteryi.

Po posiedzeniu odbędzie się **wieczerza koleżeńska**, na którą należy się zgłaszać jak najwcześniej.

Zwyczajne posiedzenie Towarzystwa Stomatologów polskich odbędzie się **we wtorek 16. stycznia b. r. o godzinie 6 wieczorem** w lokalu **c. k. Ambulatoryum dentystycz.** (Rynek gł. 21. II. p.). Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia. 2) Sprawy bieżące. 3) Prof. Arkövy. Wskazania do leczenia stomatol. cz. II i III, ref. Dr Piątkowski. 4) Dr Mirtenbaum: Zasadnicze kwestye przy zaopatrywaniu korzeni. 5) Wnioski i interpelacye.

Dr Fr. Zalewski sekr.

Rok LI. Kraków, dnia 20 stycznia 1912. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. k. kliniki okulistycznej Uniw. Jagiell. (Dyr. R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz).

O t. zw. »Conjunctivitis Parinaudi«.

Podał

Dr Edmund Rosenhauch

Asystent kliniki.

W lutym 1889 r. opisał Parinaud na podstawie trzech przypadków szczególną postać zapalenia spojówki: »Conjunctivite infectieuse transmise par les animaux« (Annal. d'ocul.). Według spostrzeżeń Parinauda nawiedza cierpienie to ludzi, którzy pracują koło bydła, w stajni, rzeźni i t. p. Przebieg samej choroby jest według Parinauda następujący: Po krótszym lub dłuższym okresie ogólnego niedomagania, czasem nawet połączonego z podniesieniem się ciepłoty, obrzmiewają powieki jednego oka, spojówka gałki staje się chemotyczną, a w obrębie szpary powiekowej ukazuje się wydzielina śluzowo-ropna. W różnych miejscach spojówki rozwijają się wybitne brodawkowate wykwity i ziarnistości, które znajdują się czasem tylko na spojówce górnej powieki, często jednak i na dolnej powiece, jak i w załamku. Wielkie ziarna są zrazu częściowo przeświecające, później mętne. Obok tych, dużych, znajdują się często i mniejsze, żółtawe, które Despagnet uważa za drobne ropnie. Najbardziej w oko wpadającym objawem jest twarde obrzmienie, występujące po stronie zajętego oka w okolicy przyusznej i podszczękowej, które rozciąga się częstokroć daleko na szyję, a w którem po kilku dniach można wyczuć znacznie powiększone gruczoły chłonne. Gruczoły te mogą uledz zropieniu, albo też obrzmienie ich cofa się. Cierpienie to zazwyczaj występuje jednostronnie, ustępuje po miesiącach bez śladu; powikłań ze strony rogówki nie spostrzegano.

Od czasu ogłoszenia przez Parinauda tych spostrzeżeń, w różnych okolicach spostrzegano to cierpienie (Goldzieher, Hoor, Matys, Morax i i. Z Polaków opisał Reis typowy przypadek tego cierpienia). Wszyscy autorowie uważają za Parinaudem jako najważniejsze objawy tej choroby: jednostronne wystąpienie ziarnistości na spojówce, z równoczesnem zajęciem gruczołów chłonnych przyusznych i podszczękowych po stronie chorego oka. Zaznaczyć jednak trzeba, że różni autorowie opisują różną wielkość, ilość i wejrzenie wspomnianych ziarnistości. Podobny opis znaleźć można w podręcznikach okulistyki Fuchsa, Axenfelda, Römera, Ziemińskiego i i. W wielkim podręczniku Graefego-Saemischa nie znalazłem wzmianki o tym rodzaju zapalenia spojówki.

Etyologia cierpienia dotąd nie znana. Badania bakteryologiczne, dokładnie przedsiębrane, dały dotąd niezgodne wyniki. Przeważnie znajdowano gronkowce białe, prątki zeskórnienia (bacillus xerosis), które to mikroby, jak wiadomo, spotykamy i w fizyologicznym worku spojówkowym. Kalt i Rohmer znaleźli paciorkowce, Wylie dwoinki zapalenia płuc, Scholtz prątki podobne do cholery kurzej (b. cholerae gallinarum), które nawet okazały się chorobotwórcze dla myszy i kur. Zwierzęta te ginęły na biegunkę. Nie opisuję tu wszystkich poszczególnych badań, bo odnoszą się one, jak i przypadek Scholtza, do pojedynczych przypadków, nie potwierdzonych przez dalsze spostrzeżenia i dlatego nie mogą one stanowić wyjaśnienia etyologii tej odmiany zapalenia spojówki. Sam Parinaud sądzi, że cierpienie to wywołują prawdopodobnie nieznane dotąd mikroby, które od zwierząt dostają się na spojówkę ludzką. Parinaud uważa za najniebezpieczniejsze bydło rogate, choć opisywano przypadki, w których wywiady wykazywały styczność z końmi, psami i kotami (Doyne). Jednak i to zwierzęce pochodzenie zakażenia nie jest pewne, albowiem w kilku ogłoszonych przypadkach zupełnie wywiady o czemś podobnem nie wspominają.

Badania histologiczne, dawniej przedsiębrane, nie dają należytego wyjaśnienia podłoża tego cierpienia. Znajdowano zwyrodnienie śluzowe komórek nabłonka spojówkowego, a w głębi naciek, a nawet komórki olbrzymie (Goldzieher), podnabłonkowy naciek komórek plazmatycznych, i mieszkowe nacieki (Matys), obumieranie komórek w tkance podspojówkowej i naciek, składający się z limfocytów i fagocytów (Werhoef i Derby), naciek, komórki olbrzymie i prątki podobne do prątków gruźlicy (Darier, Morax; Morax uważa przypadek ten za gruźlicę spojówki, choć przeszczepienie na zwierzę dało wynik ujemny) i t. d. Hoor widział pod drobnowidem budowę podobną do guzków gruźliczych, prątków samych nie widział, doświadczenia na zwierzęciu dały wynik ujemny. Hoor sądzi, że jakkolwiek nie można wyłączyć łączności zapalenia spojówki Parinauda z gruźlicą, to istnienie takiego związku na podstawie jego spostrzeżeń wydaje się nieprawdopodobnem. Praca Hoora stanowi niejako przejście do nowszych badań, w których zwrócono szczególną uwagę na związek obu tych schorzeń:

zapalenia spojówki Parinauda i gruźlicy. Stało się to dzięki wywodom Wesselego podczas 36. Zjazdu Towarzystwa okulistycznego w Heidelbergu (1910 r.). Wessely doniósł wówczas, że pomocnikowi rzeźnika, który cierpiał na typową klinicznie chorobę Parinauda, wyciął kawałek schorzałego gruczołu chłonnego. Cząstka przeszczepiona na małpy dała wynik dodatni, a badanie biologiczne i histologiczne tych małp stwierdziło gruźlicę typu bydlęcego. Te spostrzeżenia Wesselego potwierdzili następnie w dyskusyi Schreiber, Brückner, Wagenmann, Siegrist na podstawie własnych spostrzeżeń.

Prawie równocześnie ogłasza swe badania Verwey: Przypadek zapalenia spojówki Parinauda. Badanie histologiczne wyciętego kawałka i przeszczepienie na oko pawiana wiodą do rozpoznania podłoża gruźliczego. Verwey sądzi, że oba cierpienia są identyczne. W sierpniu 1911 ukazała się wreszcie praca Krusiusa i Clausena. Autorowie opisują dwa przypadki zapalenia spojówki Parinauda. W drugim przypadku zapalenie to rozwinęło się na spojówce dotkniętej zapaleniem pryszczykowem. W obu przypadkach odczyn Pirqueta i podskórny tuberkulinowy dały wynik dodatni, natomiast odczyn oczny był ujemny. Badania histologicznego autorowie nie przedsiębrali. Przeszczepienie na świnkę morską dowiodło, zdaniem autorów, istnienia żywych, choć nielicznych prątków gruźliczych. Krusius i Clausen sądzą, że zapalenie spojówki Parinauda jest lokalną reinfekcyą gruźliczą spojówki w ustroju już dotkniętym gruźlicą.

R. dw. Prof. Wicherkiewicz już oddawna zwracał uwagę na to, że często występuje szczególna odmiana zapalenia trachomatycznego (sulziges Trachom) w postaci zbliżonej do zapalenia spojówki Parinauda, że wartoby dokładniej zająć się zbadaniem zdaje się niejednolitej etyologii tego cierpienia. Za jego to zachętą zająłem się niniejszemi badaniami.

Zanim przystąpimy do naszych wywodów, podam w krótkości opis kilku przypadków, spostrzeganych w klinice krakowskiej.

1. (715/11). K. M. wyrobnica, l. 33, skarży się na pieczenie oka prawego od 2 lat, powieki grubieją. Od roku pogorszenie Co do kiły i gruźlicy dane wywiadowe ujemne.

Badanie wykazało: Silne obrzmienie prawego gruczołu przyusznego. Wydzielina mierna śluzowo-ropna. Na spojówce powiek prawego oka, zwłaszcza w górnym załamku, wybitne granulacye, większe i mniejsze, szaro-czerwone, rogówka czysta, pod powieką na skórze policzka owrzodzenie. Lewe oko prócz lekkiego przerostu ciała brodawkowego zmian nie okazuje. Odczyn tuberkulinowy Moro dodatni, odczyn Wassermana ujemny.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny: gronkowce białe. Badanie histologiczne: utkanie tkanki gruźliczej. Przeszczepienie na morską świnkę: co do gruźlicy wynik dodatni.

Rozpoznanie: Tuberculosis conjunctivae o. d.

2. (240/11). B. F. 14 l. córka wyrobnika. Od roku ją oko prawe boli, czerwienieje. Obecnie pogorszenie. Ze zwierzętami się nie spotyka. Wywiady pod względem gruźlicy i kiły ujemne.

Stan obecny: Gruczoł przyuszny prawy obrzmiały. Powieki prawego oka obrzękłe, spojówka dość silnie przekrwiona, ciało brodawkowe przerosłe, tkanka spojówki twarda, na dolnym i górnym załamku wyniosłości dochodzące do brzegu powiek, mają znamię granulacyi. Na obwodzie rogówki naczynia, zresztą rogówka czysta. Lewe oko wygląda prawidłowo, tylko ciało brodawkowe trochę obrzmiałe. Odczyn tuberkulinowy Moro wybitnie dodatni. Badanie bakteryologiczne wydzieliny i nabłonka spojówki: gronkowce; wtrętów ani prątków gruźliczych nie stwierdzono. Badanie histologiczne wyciętego ziarna wykazało utkanie tkanki gruźliczej, a przeszczepienie na zwierzę wynik badania potwierdziło.

Rozpoznanie: Conjunctivitis tbc. o. d.

3. (758/11). K. B. 16-letni uczeń gimnazyalny, syn wyrobnika, zgłasza się, podając, że od 5 dni lewe oko łzawi, czerwienieje, powieki zapuchły. Styczności ze zwierzętami nie miał. Co do gruźlicy wywiady dały wynik ujemny.

Badanie wykazało: Gruczoł przyuszny lewy silnie nabrzmiały. Powieki oka lewego obrzękłe. Wydzielina dość obfita śluzowo-ropna, płynna. Cała spojówka silnie rozpulchniona, pokryta granulacyami, załamek półksiężycowy silnie nabrzmiały, ziarnisty, podobnie górny załamek przejściowy. Lewe oko zmian nie okazuje. Odczyn Moro ujemny.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny: obfite dwoinki zapalenia płuc; wtrętów, ani prątków gruźliczych nie stwierdzono.

Rozpoznano: Conjunctivitis follicularis acuta pneumococcica o. sin. Pod wpływem okładów z wody ołownej i adrenaliny cierpienie ustąpiło bez śladu w przeciągu dwóch tygodni.

4. (5564/11). K. M. 23 lat. Od 6 dni oko ją boli. czerwienieje, ropieje. W domu jest pies. Wywiady pod względem gruźlicy dały wynik ujemny. Dawniej chora nigdy na oczy nie cierpiała. Czuje ogólne osłabienie. Badanie wykazało: Gruczoł przyuszny prawy obrzękły, bolesny, podobnie szyjne po stronie prawej. Ciepłota 38°. Tętno 100. Prawe oko: Powieki obrzękłe. Wydzielina śluzowo-ropna. Cała spojówka dolnej powieki, zwłaszcza załamek, a także i górny załamek pokryte wyniosłościami rozmaitej wielkości i postaci, barwy szarej, tu i ówdzie żółtej; na spojówce chrząstki górnej wybitny przerost ciała brodawkowego. Rogówka czysta. Lewe oko: Powieki prawidłowe, gruczoł przyuszny niemacalny, na spojówce chrząstki przerost ciała brodawkowego, na załamku dolnej powieki w zewnętrznej połowie mieszki obok drobnych blizn.

Pod wpływem elektrargolu, adrenaliny i zimnych okładów objawy ostre stopniowo ustępowały, tak że po upływie około 3 tygodni obrzęk gruczołów i powiek, jakoteż wydzielina worka spojówkowego zupełnie znikły; pozostał natomiast jeszcze mierny przerost ciała brodawkowego, drobne blizny i jagły.

Próba Moro ujemna. Badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej prawego oka: bardzo obfite prątki Kocha-Weeksa, wtrętów ani prątków gruźliczych nie stwierdzono. Badanie histologiczne wyciętego ziarna nie wykazało budowy guzka gruźliczego, natomiast naciek drobnokomórkowy, układający się w większe grudki (jagły); nabłonek zachowany, mierna ilość komórek śluzowych, okolica tych grudek obficie unaczyniona. W skrawkach również prątków gruźliczych nie stwierdzono. Przeszczepione do przedniej komory oka morskiej świnki kawałeczki odciętej tkanki spojówkowej wywołały początkowo mierny odczyn, który jednak po kilku dniach ustąpił zupełnie. Wprowadzona tkanka uległa wreszcie wessaniu; obecnie zwierzę ma się dobrze i przybiera na wadze.

Rozpoznanie: Conjunctivitis granulosa acuta o. dextr., conj. granulopapillaris levis o. sin.

Powyżej przytoczone przypadki wykazują kliniczne objawy t. zw. zapalenia spojówki Parinauda i nawet wprawnemu oku może się zdarzyć, że podobny przypadek jako cierpienie Parinauda rozpozna.

Jednostronne wystąpienie, obrzęk gruczołów przyusznych, a nawet podszczękowych (przyp. 4), obrzmienie powiek i ziarna, oto cechy, znamionujące to cierpienie. Wszyst-

kie te znamiona wykazują nasze 4 przypadki. Dodajmy do tego możność przeniesienia się ze zwierzęcia, podniesienie się ciepłoty i ogólne osłabienie (przyp. 4), a opis będzie niemal równobrzmiący z opisem Parinauda!

Objawy kliniczne zatem naszych przypadków są bardzo do siebie zbliżone, a etyologia ich jakże odmienna.

Pierwsze dwa przypadki, to przewlekła postać gruźlicy spojówki, stwierdzona badaniem histologicznem, doświadczeniem na zwierzęciu i odczynem biologicznym. Przypadek trzeci przedstawia ostre zapalenie spojówki na tle dwoinek Fränkla (pneumococcus). W czwartym wreszcie chodzi o dawną (bez wiedzy chorego) toczącą się sprawę trachomatyczną, a przypadkowe wtórne zakażenie prątkami Kocha-Weeksa wywołuje zaostrzenie się sprawy i daje objawy zapalenia Parinauda.

Kilku okulistów, badając oko lewe, nie dostrzegało w niem żadnych zmian prócz lekkiego przerostu ciała brodawkowego. Dopiero dokładne zbadanie zapomocą lupy przez R. dw. Prof. Wicherkiewicza wykryło drobne mieszki i blizny w spojówce oka rzekomo zdrowego, co zwróciło uwagę na jaglicze podłoże cierpienia, a co następnie dalszy przebieg choroby potwierdził.

Ostatnie badania nad etyologią zapalenia spojówki Parinauda doszukują się związku tego cierpienia z gruźlicą (Wessely, Verwey, Krusius, Clausen i i.). Inni szukają przyczyn tego zapalenia w mikrobie, stwierdzonym w jednym przypadku i dość dokładnie opisanym (Scholtz); inni wreszcie żądają dalszych badań, uważając dotychczasowe za niewystarczające, nie wyłączając jednak możliwości związku z gruźlicą (Axenfeld).

Pragnęliśmy przez ogłoszenie naszych przypadków przedstawić jedynie, że kliniczne objawy t. zw. zapalenia spojówki Parinauda mogą mieć bardzo różnorodną etyologię i jakkolwiek nie podajemy w wątpliwość możliwości istnienia w pewnych przypadkach łączności z gruźlicą, w innych istnienia szczególnej, dotąd nieznanej etyologii (być może pochodzenia zwierzęcego) tego zapalenia, to pragniemy zaznaczyć, że nazwą tą dziś obejmuje się nie ściśle zbadaną i określoną jednostkę chorobową, ale zbiór klinicznych objawów, z których dotychczasowe i przyszłe badania może dopiero oddzielą kilka etyologicznie różnorodnych schorzeń.

Piśmiennictwo dawniejsze obacz: Scholtz: Arch. f. A. 1905 p. 40. i Hoor: Klin. Monatsbl. f. A. 1906 I. p. 289. — Nadto 1) Axenfeld: Bakteriol. in der Augenh. Jena. S. Fischer 1907. — 2) Tenże: Lehrbuch d. Augenh. 1909. — 3) Bernheimer: Kl. Monatsbl. f. A. 1906 I. — 4) Fuchs: Lehrb. d. Augenh. 1910. — 5) Krusius i Clausen. Arch. f. A. LXIX. 4. 1911. — 6) Reis. Przegl. lek. 1905. Nr 23 i 24. — 7) Römer. Lehrb. d. Augenh. 1910. — 8) Scalnici. La clinica ocul. 1909. Ref. Arch. f. A. LXIX. 3. — 9) Verwey: Nederl. Tydschr. 1910. II. Ref. Arch. f. A. LXIX. 3. — 10) Wessely: Beitrag zur Kenntnis der Konjunktivaltuberculose. 36. Vers. ophth. Ges. Heidelb. 1910.

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Pierwotny przyrząd Forlaniniego nie miał miarkowanego manometru; obecnie przezeń używany, ma miarkowany manometr, ale jest niebardzo praktyczny w użyciu. Brauer używa przyrządu Spenglera, połączonego z manometrem podwójnym Cloetty lub małym manometrem rtęciowym (bardzo czułym). Frank (z Wiednia) zbudował skomplikowaną odmianę przyrządu Saugmana; jest to przyrząd przenośny.

Nieco praktyczniejszy jest przenośny przyrząd Denekego (z Hamburga). Kuss (z Paryża) skonstruował też odmianę przyrządu Saugmana, pozwalającą na mechaniczne unoszenie jednego cylindra ponad drugi. Są to wszystko przyrządy skomplikowane, więc łatwo się psujące.

Igła Saugmana, której używam, jest igłą trójgrańca Potaina z kranikiem i ze sztyletem cienkim, wystającym o 1 cm. z ostrza igły i używanym w charakterze zgłębnika. Do otworu górnego igły dopasowuje się wszelkiej objętości strzykawka »Record«; na otwór boczny nasadza się zakończenie węża I.

Forlanini używa długiej igły, podobnej do igieł większej strzykawki Prawatza, osadzonej na oliwce, na którą nakłada się węża.

Deneke taką samą igłę ma zakończoną ślepo, za to z boku daje otwór podłużny. Ta igła nie przebija, lecz raczej przekrawa tkanki: więc skórę przebija naprzód Deneke przy pomocy nożyka Franka (używanego przy pobieraniu prób krwi do badań klinicznych), a poprzez rurę tak w skórze utworzoną przechodzi swą igłą tkanki miękkie.

Schmidt przebija skórę i mięśnie ostrą, krótką (1 cm. długości) igłą, a przez nią wprowadza igłę tępą, którą przebija opłucnę.

Brauer używa (do reinsuflacyi) igły szerszej, wogóle cięższej, zamkniętej przetyczką (mandrynką) i równo z igłą ściętej. Nie chce bowiem do opłucnej wprowadzić tego wycinka skóry, który wycina igła np. Saugmana, a który może być źródłem zakażenia jamy opłucnej.

W dalszym opisie techniki będzie mowa jedynie o tych przyrządach, które w praktyce stosuję.

Chorego operuję zawsze na małym stole operacyjnym, w pozycyi leżącej. Jakkolwiek ciężko chorych radzą operować w łóżku, wolałem przenosić takich chorych na noszach do salki, w której operuję, ponieważ przy łóżku trudno o utrzymanie aseptyki. Stół, na którym leży chory, przysunięty jest bezpośrednio do stołu, na którym są ustawione przyrządy: Saugmana i Spenglera. Na bocznym stoliku mam przygotowany: digalen, rozczyn kamfory, przyrząd galwaniczny (dotąd nie potrzebowałem użyć tych środków ratunkowych). Chorym dawałem w pierwszym czasie stosowania zabiegu przed zabiegiem strzykawkę morfiny (1 cg). Dziś zupełnie tego nie stosuję, bo chorzy dowiedzieli się — jeden od drugiego — jak mało bolesny jest ten zabieg (o ile igła jest ostra). Cały układ rur od czasu do czasu bywa gotowany, a po ukończeniu zabiegu zawijany w wyjałowiony ręcznik i tak w szafie zamkniętej przechowywany. Igły, — rzecz prosta —, wyjaławia się przed każdym zabiegiem na sucho. Gaz do zbiorników obu przyrządów wprowadzam na 2 lub więcej dni przed zabiegiem, by się przez odstanie oczyścił od zawieszonych w nim części stałych.

Chorego układa się na stole w ten sposób, by miejsce mające uledz nakłuciu było jaknajwyżej położone; pod bok przeciwległy podkładam poduszkę twardą, kształtu walca; tym sposobem strona mająca uledz nakłuciu jest

wypięta, a powłoki napięte; rękę unosi chory ku górze, przez co międzyżebrza stają się możliwie szerokie.

Zaczynam od przepuszczania tlenu przez cały układ; przekonywam się przy tem, że igła przepuszcza dobrze gaz i — co ważniejsza — napełniam cały układ tlenem. Jak o tem dalej będzie mowa, najcięższem powikłaniem omawianego zabiegu jest możność wywołania zatoru gazowego, jeśli igłą trafimy w światło naczynia. Jakkolwiek mało jest prawdopodobnem, by to naczynie miało przyssać, przy zamkniętym zacisku *a*, zawartość igły i węża (z nakłutej tętnicy wejdzie raczej krew do igły i ukaże się w rurce szklanej blizko igły założonej), to jednak jest to teoretycznie możliwe, bo ruchy klatki piersiowej działają przysysająco — w chwili wdechu — na żyły tej okolicy (siła przysysająca prawej komory serca działa tak na żyły głębiej leżące). Licząc się z taką możliwością, mamy w układzie nie azot, tylko tlen. Zator azotowy jest o wiele niebezpieczniejszy od tlenowego; azot niema bowiem powinowactwa do krwi i tkanek, przez które z krwią przepływa, tlen chciwie będzie absorbowany.

Podczas tego »przepłukiwania« tlenem całego układu zaciski *a* i *c* są oczywiście otwarte, natomiast zacisk *b* jest zamknięty, ponieważ ciśnienie gazu mogłoby wyrzucić z manometru wodnego jego zawartość.

Teraz z kolei zamykamy zacisk *a*, otwieramy *b* i nakłuwamy, pionowo do powierzchni ciała, to z międzyżebrzy, które sobie (na podstawie wskazań, o których dalej) wybraliśmy.

Wyobraźmy sobie przypadek idealny: wolno przebijając kolejno miękkie warstwy klatki piersiowej, dochodzimy do jamy opłucnej. Tę chwilę wskaże nam manometr wodny: wskaże ciśnienie ujemne, wskaże wyraźne wahania, wdechowe i wydechowe, leżące wtedy poniżej zera. Do szczegółów manometrycznych wrócimy jeszcze dalej; to, co spostrzegliśmy w grze manometru, świadczy nam, że igła dostała się do wolnej jamy opłucnej. Zanim wpuścimy gaz, przekonamy się o tem jeszcze przy pomocy zgłębnika i strzykawki. Zgłębnik wprowadzony w tym przypadku daje się cały do igły wprowadzić; oglądamy jego koniec, wycieramy go o kawałek gazy, — zanieczyszczenie krwią obudzi naszą czujność: może koniec igły jest w naczyniu. Dla sprawdzenia prosimy asystującego o zaciśnięcie palcami rurki tuż przy igle, nasadzamy strzykawkę (pięciogramową) »Record« (po otwarciu kranika igły) na górny otwór igły i naciągamy tłok strzykawki: jeśli igła jest w naczyniu, aspirujemy krew.

Zgłębnika używamy też, jeśli podejrzywamy, że igła jest zatkana: bądź tym wycinkiem skóry, który igła przebiła, bądź skrzepem krwi; wtedy igła już może być w jamie opłucnej, a jednak manometr wahań nie daje. Jeśli osad krwi na zgłębniku wskaże na zatkanie igły przez krew, niezawsze udaje się przepchnąć skrzep; wypadnie igłę wyjąć i przedmuchać ją gazem, albo zastąpić inną i nakłucie ponowić.

Wogóle nakłuć przy poszukiwaniu jamy opłucnej wypadnie nieraz zrobić kilka; Forlanini opowiada, że w jednym przypadku dopiero po czternastu nakłuciach znalazł wolną jamę; jest to fakt wyjątkowy. W każdym razie, jeśli pomimo parokrotnych nakłuć nie natrafimy na wolną jamę, nie powinno nas to zniechęcać; w najbliższym czasie poszukiwania ponawiamy.

Dopóki nie otrzymamy wyraźnych szerokich wahań manometru, gazu wpuszczać nie wolno; tylko po nabraniu wprawy na taką próbę pozwolić sobie można: doprowadzamy, wypuszczając gaz w powietrze, płyn w obu cylindrach (A i B) do jednej wysokości, by tlen nie stał pod żadnem ciśnieniem. Doszedłszy igłą do głębokości, w której przypuszczamy miejsce stykania się obu opłucnych, łączymy igłę ze zbiornikiem tlenu i wolniutko nią poruszamy w głąb i z powrotem. W ten sposób — przy wprawie, pozwalającej przez dotyk odróżniać różne warstwy, jakie igła przebija, — udaje się nam czasem rozsunąć obie blaszki opłucnej; wtedy naraz widzimy występujące wyraźne oddechowe wahania manometryczne, a opłucna rytmicznie gaz przysysa.

Forlanini przebija klatkę piersiową przy otwartym zbiorniku gazu; wtłacza on igłę zawsze pełną gazu, zostającego pod ciśnieniem, i wgłębia się nią tak długo, dopóki uchodzenie gazu ze zbiornika nie okaże, że igła jest w jamie. Ten sposób naraża bezwarunkowo na wywołanie zatoru gazowego; wywołuje go nieraz Forlanini, o czem dalej mowa będzie. Ostatnio zmodyfikował Forlanini swą metodę dla przypadków, w których istnieją obszerne zrosty. Stosuje wtedy metodę »wyciskania węża«. Zacisnąwszy węża palcami ręki prawej o jakie trzy centymetry powyżej igły — wyciska zeń gaz palcami ręki lewej. Powtarzając ten zabieg za każdem stopniowem wgłębieniem igły, możemy natrafić na chwilę, w której manometr wykaże obecność ostrza igły w jamie. Czy ten zabieg zbogaci technikę wytwarzania odmy — powiedzieć nie umiem. W każdym razie znakomicie ulepsza technikę klasyczną Forlaniniego, ponieważ jest wykonywany przy zamkniętym zbiorniku azotu, a te ilości azotu, jakie wpychamy przy metodzie »wyciskania węża« wielkiego zatoru nie wytworzą.

Będzie mowa dalej o różnych trudnościach napotykanych; zostańmy na razie przy naszym idealnym przypadku: wahania manometru okazują, że jesteśmy w wolnej jamie opłucnej. Zamykamy wtedy zacisk *b*, otwieramy *a*; ciśnienie, pod jakiem wprowadzamy gaz, odczytujemy teraz na manometrze rtęciowym.

Uciskając balonik pompki Richardsona, wprowadzamy do opłucnej 20—50 ctm. tlenu; można to czynić i bez użycia ciśnienia, jeśli manometr wodny wykazał zupełnie wolną jamę opłucnej; wtedy, jak wspomniałem, opłucna sama, przy każdym wdechu, wessie tlen (należy wtedy zdjąć K).

Kiedyśmy już utworzyli bańkę gazową z tlenu i pewni jesteśmy, że ostrze igły tkwi w tej bańce, przejść możemy do wpuszczania trudniej wsysającego się gazu — azotu z przyrządu Spenglera.

W tym celu zaciskamy *a*, odłączamy górny otwór rurki F od zbiornika tlenu i łączymy go z rurką, idącą od butli z azotem. I tu zupełnie wolna jama opłucnej chciwie przysysa gaz; jeśli tego nie czyni, unosimy butlę S i wpuszczamy azot pod ciśnieniem, wskazywanem przez manometr rtęciowy. To ciśnienie nie powinno przewyższać 30—40 mm. rtęci.

Ciśnienie, stosowane przy insuflacyi, t. j. przy zakładaniu odmy, ma na celu rozsuwanie, rozrywanie zrostów; wszelki gwałt tu stosowany jest szkodliwy; tylko systematyczne, długotrwale powtarzane reinsuflacye uczynić to mogą, — niestety, wcale nie zawsze.

Ilość gazu, jaką się przy pierwszej insuflacyi wprowadza, bywa różna. Niektórzy operatorzy, np. Murphy, Lemke (z Chicago), dają naraz 2 i 3 tysiące ctm.^{3} azotu; Brauer i jego szkoła wprowadzają około 1000 ctm.^{3} azotu; Forlanini — 200 do 500, niekiedy zaś tylko 60 – 100. Im mniej się naraz wprowadza, tem częściej należy reinsuflować. Osobiste moje doświadczenie stanowczo przemawia przeciw wprowadzeniu przy insuflacyi ponad 500 cm.^{3}, nawet przy zupełnie wolnej jamie opłucnej; przy zrostach wolno nieco uciskać przy następnych reinsuflacyach; przy insuflacyi i pierwszych reinsuflacyach wskazane są małe ilości (200—300 cm.^{3}) azotu.

Skończywszy zabieg, zamknąwszy zacisk butli N, otwieramy ponownie zacisk *b* i mierzymy ciśnienie.

Igłę wyciągam zawsze bardzo wolno, stopniowo przesuwając ją przez każdą z warstw ściany klatki piersiowej; jest to chwila, którą często chorzy odczuwają jako jedyny, a przynajmniej najgorszy ból, całego zabiegu. Czyniąc tak, zapobiegam powstaniu odmy podskórnej, która — w różnej postaci — wikła ten zabieg; będzie o tem dalej mowa.

Opisany sposób zakładania odmy jest zwany sposobem nakłucia, metodą Forlaniniego-Saugmana.

L. Spengler i L. Brauer, szczególniej ten drugi, widzi niebezpieczeństwo metody nakłucia w tem, że naraża ona chorego na niebezpieczeństwo zatoru gazowego, że niemożliwą jest bez obrażenia płuca ostrzem igły, a znalezienie szpary międzyopłucnej jest przy niej trudne. Dla tego Brauer przy zakładaniu odmy nacina międzyżebrza, a opłucnę przebija tępym cewnikiem metalowym.

Brauer tak sobie poczyna: Przed operacyą wstrzykuje choremu 15 mlgr. morfiny; miejsce nacięcia znieczula płynem Schleicha z adrenaliną; przeczekawszy 5—10 minut przeprowadza cięcie skóry (5—7 cm. długie) i tkanki łącznej (przewiązując troskliwie naczynia krwawiące); doszedłszy do powięzi znów tę znieczula; powięź przecina na przestrzeni 2 ctm. Dalej operuje na tępo: specyalnymi hakami rozsuwa mięśnie, warstwę za warstwą, przyczem asystent utrzymuje kolejne otwarte przestrzenie tępymi hakami. Pod ostatnią warstwą mięśni ukazuje się opłucna żebrowa; oglądanie opłucnej pozwala (nie zawsze!) osądzić (na podstawie jej przeźroczystości), czy jest ona zgrubiała, czy też w danem miejscu prawidłowa, czy płuco jest ruchome, czy zrośnięte. Opłucnę żebrową przebija tępym zgłębnikiem metalowym (igłą Salomona) i wchodzi do jamy opłucnej (powietrze atmosferyczne, wnikające obok zgłębnika do jamy — rozdziela opłucne). Teraz uciska mocno tamponami całą ranę i — przy wolnej jamie — wpuszcza azot. Przy niewielkiej jamie, ograniczonej zrostami, wprowadza poprzez igłę Salomona, mającą otwór boczny, świeczkę Jacobsona, którą wsuwa jaknajdalej i w różne strony; to daje wyobrażenie o rozmiarach jamy; czasem udaje się wtedy rozerwać słabe zrosty. Miejsce nacięte zeszywa szwem piętrowym.

Sposób swój poleca Brauer (naśladujący zresztą sposób Murphyego) stale przy zakładaniu odmy; przy reinsuflacyi, t. j. kiedy w jamie opłucnej istnieje już bańka powietrzna, używa metody nakłucia.

Jak widzimy z opisu, metoda Brauera jest o wiele więcej złożona, kłopotliwsza; trudniej na tę operacyę namówić chorego; co ważniejsza — nie daje możności powtórnego na tem samem posiedzeniu poszukiwania miejsca w jamie opłucnej od zrostów wolnego, jeśli się na takie od razu nie trafiło; dopiero nazajutrz trzeba przystąpić do ponownej operacyi, a takich może się okazać potrzebnych kilka.

Zarzuty, które stawia Brauer sposobowi wytwarzania odmy przez nakłucie, są następujące: igła wpychana bez możności sprawdzenia, kiedy została przebita opłucna żebrowa, skaleczyć musi płuco; igłą, wpychaną bez możności stwierdzenia tej chwili, — trudno wogóle wytworzyć odmę; wreszcie — rzecz najważniejsza — działając na ślepo, łatwo wywołać zator gazowy. Wszystkie te zarzuty podkreśla Brauer bardzo silnie, wyrażając zdanie, że n i e w o l n o wytwarzać odmy innym, niż jego, sposobem.

Jest to pogląd arcy jednostronny, a zarzuty wszystkie bardzo przesadzone.

Tępe rozerwanie opłucnej zgrubiałej stanowi uraz o wiele poważniejszy, niż jej przebicie igłą ostrą; a że przy zrostach opłucnej z płucem nigdy ich grubości ocenić dokładnie nie można, przeto zabieg Brauera naraża płuco na uszkodzenie o wiele poważniejsze, aniżeli zabieg Forlaniniego: skutki urazu zadanego narzędziem tępem trudniej się zagoją, tembardziej, że przebicie tkanki igłą Salomona wymaga dosyć mocnego wysiłku.

Nakłucie cienką igłą płuc zdarzyć się może, — ale zdarza się ono tylokrotnie przy nakłuciach próbnych, nie pociągając za sobą skutków ujemnych! Pewnie: natrafienie na zakażoną okolicę płuca może być przyczyną zakażenia opłucnej; ale jest to jedno z tych najrzadszych powikłań ubocznych, od których nie jest wolny żaden zabieg chirurgiczny.

Co się tyczy zatoru gazowego, to zarzuty Brauera, o ile były kierowane przeciw klasycznej metodzie Forlaniniego, miały za sobą wszelką słuszność; Forlanini bowiem już przy poszukiwaniu wolnej jamy opłucnej pracuje z otwartym zbiornikiem gazu; zawartość gazowa igły pozostaje przy tem, jak już mówiłem, pod ciśnieniem. Przy technice, poleconej przez Saugmana, którą wyżej opisałem, niebezpieczeństwo zatoru gazowego jest minimalne, a w każdym razie nie jest ono mniejsze przy technice Brauera. Dowodem, że te wszystkie ciężkie powikłania, o których pisał Forlanini i które miewał początkowo Brauer, dopóki stosował sposób klasyczny, te wszystkie powikłania są nieznane stosującym d o k ł a d n i e metodykę Saugmana. Jeśli igła swem ostrzem znajdzie się w świetle naczynia, czy też w obficie unaczynionym zroście, — wyżej opisane zabiegi kontrolujące ostrzegą o tem każdego sumiennego operatora, który wtedy gazu nie wpuści. Że zaś przyssanie z igły gazu, nie będącego pod ciśnieniem, jest rzeczą mało prawdopodobną — mówiliśmy wyżej; gdyby jednak się zdarzyło — przyssanie niewielkiej ilości tlenu szkody nie wyrządzi[1]).

Niesłusznym jest więc zarzut Brauera, jakoby operowanie igłą ostrą narażać miało chorego na zator gazowy.

Zarzut trzeci: trudność wytworzenia odmy wogóle przez nakłucie. Brauer mówi, że to powietrze, które wpada (z sykiem) przez otwór przebity na tępo igłą Salomona —

[1]) Nawiasem mówiąc, po krwotokach płucnych, kiedy naczynie płucne bywa otwarte dla powietrza atmosferycznego, nie widujemy przecież zatorów powietrznych.

rozsuwa opłucne, t. j. ono przetwarza jamę »idealną« na realną i że tylko tą drogą możemy — przy braku zrostów w danej okolicy — zawsze jamę opłucnej znaleźć.

Ażeby zrozumieć, jak się wytwarza odmę przez nakłucie, pamiętać należy o stosunkach, panujących w zdrowej opłucnej. Oba listki opłucnej przylegają do siebie tak, jak np. dwie płytki szklane, pomiędzy któremi jest nieco płynu. Kohezya, przez ten płyn powodowana, wymaga dla przezwyciężenia pewnego wysiłku; z chwilą jednak jej przezwyciężenia ustaje nagle zetknięcie się obu płytek na całej przestrzeni. Coś podobnego dzieje się po przebiciu opłucnej ściennej, ponieważ obie opłucne przylegają do siebie (we wszystkich fazach oddechu) na podobieństwo wspomnianych płytek.

Dla czego jednak udaje się »na ślepo« przebić ostrzem igły opłucnę ścienną bez zadraśnięcia opłucnej trzewnej i płuca?

Forlanini tak wyjaśnia zachodzące tu zjawisko. Opłucna ścienna jest napięta; opłucna trzewna — elastyczna, kurczliwa,— cofa się przy zetknięciu z każdem ciałem obcem. Igła, doszedłszy do opłucnej trzewnej, nie napotyka tego oporu, który jest konieczny do przebicia błony; ta błona cofa się, przysysa niejako ostrze igły. Forlanini przypomina, jak się zachowuje powierzchnia płuca na stole sekcyjnym: dopiero unieruchomienie płuca i napięcie (między palcami) opłucnej pozwala dobrze naciśniętemu nożowi przebić tkankę; jeśli chcemy płuco nakłuć, musimy to uczynić przez szybki ruch, bo przy powolnem naciskaniu igły udaje się to dopiero wtedy, kiedy ostrze igły jest już wgłębione do dołka, utworzonego przez ucisk.

Otóż zakładanie odmy piersiowej tak właśnie się odbywać musi. A niech tylko rozerwana zostanie na najmniejszej przestrzeni spójność obu warstw opłucnej, te warstwy się rozchodzą szeroko, przyczem już najmniejsza — przez odsunięcie płuca igłą utworzona — przestrzeń wysysa ze światła igły tlen, który ze swej strony działa na ruchomą opłucnę trzewną jako ciało obce.

To wytłumaczenie przekona każdego, kto miał sposobność zakładania odmy w okolicy wolnej od zrostów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki lekarskiej Prof. dra A. Gluzińskiego i z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu lwowskiego.

O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach tz. gośćcowych ostrych

podali

Doc. dr Maryan Franke

i

Helena Schusterówna,

demonstratorka Zakładu anatomo-patologicznego.

(Dokończenie).

Porównując wynik naszych badań pośmiertnych migdałków z wynikiem badania ich za życia, a zwłaszcza z podaniem Güricha i Schichholda, widzimy zupełną zgodność między badaniem za życia a po śmierci. Wspomnieni autorowie podają, że zmiany migdałkowe stwierdzili prawie we wszystkich przypadkach swoich, co zgadza się z wynikiem naszych badań anatomo-patologicznych. My stwierdziliśmy zmiany opisane w 79% przypadków naszych (jeżeli wyłączymy przypadek pląsawicy); a wogóle zajęcie migdałków w 90% przypadków, choć zaznaczyć należy, że mieliśmy do czynienia z przypadkami skończonymi, nie ostrymi, w których śmierć następowała przeważnie wśród objawów osłabienia serca, a nie bezpośrednio wskutek ostrych spraw gośćcowych; to samo może wpływać na zmniejszenie liczby przypadków »dodatnich«.

Zastanówmy się nad pytaniem, czy te wszystkie badania migdałków popierają twierdzenie, że schorzenia migdałków stoją w bezpośrednim związku etyologicznym z ostrym gośćcem stawowym i innemi schorzeniami gośćcowemi, czyli, że migdałki tworzą niejako punkt wyjścia dla ostrego gośćca, nawrotów i powikłań jego, stanowiąc bramę wejścia dla zakażenia gośćcowego. Uwzględniwszy wynik badań naszych i obcych, musimy na podstawie już tych badań dojść do potwierdzenia tych przypuszczeń. Za tem twierdzeniem prócz dowodów wyżej podanych przemawia przedewszystkiem i częstość współistnienia obu tych spraw, tak, że zajęcie migdałków pod obrazem opisanej »tonsillitis lacunaris chronica« jest schorzeniem, stojącem w związku etyologicznym z ostrym gośćcem stawowym i jego powikłaniami; wybuch zaś ostry gośćca lub zaostrzeń i nawrotów jego jest wywołany bezpośrednio przez zaostrzenie schorzenia migdałkowego. Badania nasze anatomo-patologiczne przypadków ostrych przemawiają za tem, że migdałki są wrotami zakażenia gośćcowego. W przypadkach naszych, w których za życia stwierdzono świeżo przebyty gościec stawowy, tam mikroskop wykazywał prócz zmian przewlekłych w mieszkach, także i nacieki drobnokomórkowe w tkance okołomigdałkowej, jako wyraz zaostrzenia sprawy z dążnością do postępu w otoczenie. Wszystko przemawiałoby za tem, że u osób z ostrym gośćcem stawowym istnieje, jako schorzenie dawniejsze, przewlekłe zapalenie mieszkowe migdałków, a w ropie ukrytej w lakunach tkwi zarazek chorobotwórczy gośćca, lecz w stanie utajonym, nieczynnym; zaostrzenie schorzenia migdałkowego ujawnia niejako jego zakaźność i żywotność, tworząc punkt wyjścia dla ostrego wybuchu sprawy gośćcowej.

Zastrzedz się jednak musimy przeciwko twierdzeniu, jakoby powyżej opisane przewlekłe zapalenie mieszkowe migdałków miało być charakterystyczne tylko dla schorzeń gośćcowych. Badania nasze nad migdałkami u osób zmarłych wskutek innego schorzenia i nieokazujących przy autopsyi nigdzie zmian żadnych, odpowiadających schorzeniom gośćcowym, wykazały u nich nieraz również obecność opisanego przewlekłego zapalenia mieszkowego migdałków. Zapalenie przewlekłe migdałków w tych przypadkach (»obojętnych«) znaleźliśmy jednak znacznie rzadziej, bo tylko w 53% przypadków; przypadków wolnych od zmian migdałkowych było aż 47%, gdy w przypadkach ze schorzeniami gośćcowymi wolnych było tylko 10%. W każdym razie zmiany migdałkowe w przypadkach gośćcowych są daleko częstsze, a może są one objawem stałym u dotkniętych gośćcem.

Na podstawie tych spostrzeżeń musimy twierdzić, że do wywołania ostrego gośćca i powikłań jego przecież nie wystarczy tylko istnienie przewlekłej sprawy w migdałkach (tonsillitis lacunaris chronica), która jest wprawdzie objawem istotnym, gośćcowi towarzyszącym, lecz prócz tego istnieć musi jeszcze jakiś inny czynnik »plus«. Czy tym czynnikiem są swoiste drobnoustroje, żyjące w ropie mieszków w przypadkach gośćcowych, czy też wrodzone lub nabyte usposobienie ogólne lub miejscowe błon, dotkniętych schorzeniami gośćcowemi, tego dzisiaj rozstrzygać nie możemy i nie chcemy. Jako stwierdzone możemy uważać tylko to, że wrotami, bramą wejścia zakażenia gośćcowego są zwykle migdałki.

Doświadczenia nasze również nie pozwalają nam na rozstrzygnięcie pytania, czy gościec stawowy i powikłania jego są wywołane przez bakteryemię, czy też tylko toksemię, a w tym razie siedziby drobnoustrojów musielibyśmy szukać w migdałkach i ich mieszkach schorzałych.

W krótkości jeszcze muszę wspomnieć o wynikach operacyjnego »leczenia migdałkowego« schorzeń gośćcowych, bo one popierają w całości zapatrywania o pochodzeniu migdałkowem gośćca i powikłań jego i są wynikiem praktycznym zapatrywań teoretycznych na etyologię gośćca. Leczenie to, rozpoczęte przez Amerykanów, a przeszczepione później do Europy, polega na usunięciu ropy z mieszków i na otwarciu ropni ukrytych w migdałku przez rozrywanie mostków, oddzielających poszczególne jamki migdałków (t. zw. Schlitzen), lub też niszczenie schorzałych migdałków (morcellement), lub wreszcie zupełne wyłuszczanie migdałków (tonsillectomia). Wyniki lecznicze tą drogą otrzymywane, jak dotychczas, były przeważnie dobre. Leczenie, stosowane rzadziej w ostrym nawale gośćca lub powikłań jego, usuwało objawy ostre lub powstrzymywało postęp sprawy chorobowej. Leczenie zaś migdałków, stosowane w czasie między zaostrzeniami gośćcowemi, powstrzymywało wystąpienie dalszych nawrotów i zaostrzeń. Sprawa leczenia schorzeń gośćcowych tą drogą wprawdzie jest jeszcze ciągle w okresie doświadczeń i prób, lecz dla naszych rozpatrywań ma znaczenie eksperymentu rozstrzygającego. Pamiętając o zdaniu »cessante causa, cessat effectus«, dojdziemy do przekonania, że w tych przypadkach przyczyna choroby leży w schorzałych migdałkach.

Choć w paru słowach dotknąć chcę jeszcze sprawy tak zwanego »okresu oddziaływania« (reakcyi) po operacyjnem leczeniu migdałkowem przypadków gośćcowych. W niektórych przypadkach gośćca, w których wykonywano rozrywanie mostków w schorzałych migdałkach lub niszczenie ich, tam 2. lub 3. dnia spostrzegano wystąpienie podwyższenia ciepłoty ciała, choć ona już była prawidłowa, a równocześnie stwierdzano zaostrzenie zajęcia stawów, dotychczas niezajętych; okres ten »oddziaływania« trwał zwykle bardzo krótko, a objawy ostre ustępowały szybko. Zabieg operacyjny, który drogą urazową wywoływał właściwie zaostrzenie istniejącego zapalenia migdałków, możemy choć w części uważać jako równoznaczny ze samoistnem zaostrzeniem sprawy migdałkowej. »Oddziaływanie« kliniczne stawów na ten zabieg popiera nam tem samem istnienie w dotyczących przypadkach związku między schorzeniem migdałków, a gośćcem stawowym.

Zebrawszy razem wyniki naszych rozpatrywań dotychczasowych, musimy stanąć na stanowisku, że migdałki grają ważną rolę w etyologii ostrego gośćca stawowego i powikłań jego. Możemy twierdzić dalej, że migdałki tworzą wrota zakażenia dla gośćca, i drogą mieszków ich dostaje się drobnoustrój chorobotwórczy spraw gośćcowych. Wszystko przemawia również za tem, że opisane przewlekłe zapalenia mieszkowe migdałków, z obecnością ropy i czopów cuchnących, tworzą podłoże dla rozwoju drobnoustrojów gościec wywołujących, gdzie one przebywać mogą i dłuższy czas w stanie nieczynnym, lecz zawsze zdolne do rozwoju i zakażenia. Zaostrzenie sprawy migdałkowej jest tem »ultimum movens«, wywołującem pierwszy wybuch gośćca lub zaostrzenia i nawroty jego. Nie wykluczamy jednak, że istnieją przypadki gośćca, które nie tą drogą powstać mogły.

Jasnem będzie, że na podstawie tych rozpatrywań teoretycznych musimy dojść do następujących wniosków praktycznych. We wszystkich przypadkach gośćca i powikłań jego obowiązkiem naszym będzie przedewszystkiem dokładne zbadanie migdałków, celem przekonania się, czy istnieją podstawy do przyjęcia tła migdałkowego w danym przypadku. W razie choć najlżejszego podejrzenia w tym kierunku musimy przystąpić do leczenia schorzenia migdałków, przy uwzględnieniu leczenia objawowego, jak dotychczas, przetworami salicylowymi. Czy to leczenie migdałków ma być stosowane w okresie ostrego nawału lub w czasie międzynapadowym i jaką metodą ma być przeprowadzone, tego roztrzygać dziś nie możemy wobec szczupłych jeszcze doświadczeń. W każdym razie dążenie do leczenia migdałkowego musimy uważać za najbardziej racyonalne, bo wypełnia ono zadanie nasze najważniejsze w kierunku leczniczem, to jest »indicatio causae«. Leczenie migdałkowe gośćca jest przytem leczeniem zapobiegawczem w całem tego słowa znaczeniu, a tem samem zbliża się do ideału dążeń naszych leczniczych wogóle. Czy tą drogą pozbędziemy się bezsilności naszej w leczeniu gośćca i nawrotów jego, to okaże rozległe doświadczenie przyszłe.

Jasnem jest, że zadaniem naszych dalszych badań musi być przedewszystkiem wykrycie drobnoustrojów, wywołujących gośćiec i powikłania jego, aby tą drogą również módz uzyskać broń do zwalczania zakażenia. Wyniki badań nad wrotami zakażenia dają nam same przez się kierunek wytyczny, gdzie należy nam szukać tych drobnoustrojów. Skierowanie badań ku migdałkom schorzałym zdaje się stwarzać widoki do uzyskania wyników dodatnich w tym kierunku [1]).

Piśmiennictwo. 1) Achalme. Recherches bacteriologiques sur le rheumatisme articulaire aigu. Annales de l'Institut Pasteur 1897. — 2) Detre. Demonstration in der ungarischen Gesellschaft. der Aerzte. R. 1906 cytow. według G. Kiralyfi; Zeitschft. für klin. Med. T. 68, Z. 5—6. R. 1909. — 3) J. K. Fowler. On the Association of affections of the throat with acute Rheumatism. Lancet R. 1880. — 4) A. Garrod. British medic. Journal R. 1887. — 5) Gürich. a) Ueber die Beziehungen zwischen Mandelerkrankun-

[1]) Praca ta była już ukończona w czerwcu b. r. i była zgłoszona jako wykład w sekcyi medycyny wewnętrznej XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie; na podstawie naszych wyników zabierał głos Prof. Dr Gluziński w dyskusyi nad odczytem S. Batawii z Częstochowy: »Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego«, wygłoszonym na I. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Król. polskiego w Łodzi.

gen u. dem akuten Gelenkrheumatismus. Münch. med. Woch. 1904. b) Gelenkrheumatismus. Wrocław 1905. c) Verhandl. d. Kongresses f. innere Med. i. Wiesbaden. R. 1905. d) Die tonsilläre Radikaltherapie d. Gelenkrheumatismus. Wien. klin. Rundschau 1905. — 6) v. Leyden Ueber ulceröse Endocarditis oder fibröse Myocarditis im Zusammenhang mit Gelenkrheumatismus. Deutsche med. Wochenschft. 1894. — 7) Meyer Fr. a) Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus. D. med. Woch. 1901. b) Die Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus. Verhandl. d. Kongr. f. innere Med. 1901. — 8) Mięsowicz E. Przyczynki do nauki o sprawach septycznych. Nowiny lekarskie 1905. — 9) Poynton i Payne. Eine kurze Zusammenfassung der Resultate einer Untersuchung betreffend der Pathogenesis des akuten Gelenkrheumatismus. Zentrbl. f. Bakteriologie T. XXXI. — 10) Pribram. Der akute Gelenkrheumatismus. Nothnagels Sp. Path. u. Ther. T. V. Cz. I. — 11) Schichhold P. Die tonsilläre Behandlung der sogenn. rheumatischen Erkrankungen. München. med. Woch. 1910. — 12) Singer. a) Aetiologie u. Klinik des akuten Gelenkrheumatismus. Wien. b) Weitere Erfahrungen über die Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus. Verhandl. d. Kongr. für inn. Med. 1901. — 13) Stewart. Lancet 1881. — 14) Thiroloix. Bacteriologie du rheumatisme articulaire aigu. Compte rendus de la Societ de Biologie. 1897. — 15) Thiroloix i Rosenthal. Ueber Kulturen aus dem Blute bei akutem Gelenkrheumatismus. Referat. Wien. klin. Wochenschft. 1907.

Oceny i sprawozdania.

Dermatologische Studien. Tom I. Wydawnictwo poświęcone Prof. P. G. Unnie przez przyjaciół i uczniów. Hamburg, L. Voss. 1911 r. (Dokończenie).

Schamberg I. F. **Swędzenie skóry podczas żółcicy z odbarwieniem skóry.**

Hallopeau H. **O ciężkim przypadku wśród leczenia poronnego kiły.** Autor używa do leczenia kiły podanej przez siebie hektyny (kwas benzo-sulfo-para-amido-fenylarsenowy Moneyrat), którą stosuje w dawce 0,20 gr., w roztworze wodnym, wstrzykując w okolicę nacieku pierwotnego lub do gruczołów chłonnych. Wstrzykiwania robi codziennie obok stosowania miejscowego 10% maści hektynowej i leczenia rtęciowego (hydr. benzoinat. 0,02 codziennie). H. twierdzi, że przez takie leczenie sprowadza umiejscowienie zakażenia do nacieku i narządu chłonnego, a zmniejsza dostawanie się jadu do obiegu krwi. W opisanym przypadku powstała po piątem wstrzyknięciu zgorzel napletka na dużej przestrzeni, po której pozostała po kilku tygodniach znaczna blizna.

Fick I. **Dwa rzadkie guzy skóry.** Jeden z guzów, osadzony przy nasadzie palca ręki, okazywał budowę podobną do włókniaka z kostnieniem wewnątrz, drugi wycięty z policzka i rozpoznany jako nabłoniak, miał budowę typowego gruczolaka gruczołu potnego.

Prof. Welander. **Bliznowce powstałe po wstrzykiwaniach rtęciowych.** Opisując tego rodzaju bliznowce (keloidy), dochodzi autor do tego przekonania, że wstrzykiwanie stanowi w tym razie bodziec, a że bliznowiec powstaje tylko u ludzi ze skłonnością do tego rodzaju spraw.

Helmers. **Przyczynek do historyi i chemizmu przetworów siarkowych, rozpuszczalnych w wodzie.**

Schwenter-Trachslerowa. **Przyczynek do etyologii trądzika.** Na mocy swych doświadczeń bakteryologicznych dochodzi autorka do wniosku, że przyczyną trądzika jest gronkowiec biały (staphylococcus albus), który daje się wyhodować z zaskórników, a hodowla przeszczepiona w skórę może wywołać zaskórniki.

Prof. Pelagatti. **Endothelioma corporis cavernosi urethrae et penis.**

Wille U. I. **Granuloma pyogenicum.** Na podstawie przypadków z piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że przypadki tej choroby, opisywane jako »botryomycosis«, polegają na tle zakażenia gronkowcami i że warunki miejscowe czy też jakieś bliżej nieznane wpływy, są przyczyną niezwyczajnego bujania tkanki.

Doc. Nobl. **O licznych łagodnych »lupoidach« Boecka.** Autor opisuje przypadek tego rzadkiego schorzenia, polegającego na rozwoju guzków różnej wielkości, bez skłonności do rozpadu, o budowie tkanki gruźliczej, które Boeck opisał początkowo pod nazwą »łagodnych sarkoidów«, a które obecnie zaliczają prawie wszyscy do jednej z postaci gruźliczych.

Herz A. **Udział Unny w badaniach bakteryologicznych skóry.** Autor podnosi przedewszystkiem zasługi Unny w tym zakresie, przez podanie sposobów barwienia mikrobów w skrawkach histologicznych skóry i przez wykazanie, że pewne grupy pasorzytów wymagają całkiem odmiennych metod w celu uwidocznienia ich w skrawkach, jakoteż, że metody te pozwalają na dokładne wyróżnienie rodzaju mikrobów lub tworów podobnych do nich kształtem (grzyby, gruźlica, trąd, ziarniniaki, prątki twardzieli, mikroby w naskórku, w skórze i t. p.). Wydoskonalenie tych metod doprowadziło do poznania mnóstwa szczegółów, przedtem zgoła nieznanych. Dalej Unnie przypada zasługa stwierdzenia, że wrzód weneryczny jest chorobą samoistną (prątki Ducrey-Unny). Badania liszajca zwyczajnego i krostkowego (impetigo), przedsiębrane przez Unnę i jego uczniów, doprowadziły do poznania całej grupy gronkowców, a poszukiwania w kierunku zakaźności wyprysku, do poznania roli tych mikrobów w różnych postaciach tego różnorodnego cierpienia, wreszcie badania te pobudziły cały świat naukowy dermatologiczny do zajęcia się sprawą wyprysku i badań w tym kierunku. Badaniami swemi wyjaśnił również Unna, że t. zw. »psorospermosis« jest zwyrodnieniem komórek nabłonka, że »trichorrhexis nodosa, piedras nostras« stanowią odrębne jednostki chorobowe zołzów, że grzyb Madura należy do grupy grzybów promienicowych i t. d. Unna pierwszy wskazał na wielogatunkowość grzybów: woszczyny, grzyba strzygącego (favus, trichophyton), przyczynił się do poznania działania chorobotwórczego drożdży (blastomycosis), zabierał głos w sprawie odkażania skóry, — wogóle w całym ciągu swych badań zajmował się niemal wszystkiemi zagadnieniami z dziedziny pasorzytów skóry w najszerszem tego słowa znaczeniu. Wreszcie cały szereg prac z histopatologii trądu wyjaśnił niejeden szczegół o zachowaniu się prątków trądowych w tkankach.

Lie H. P. **Trąd guzowaty dłoni, podeszew i skóry owłosionej.**

Doc. Veress. **Stosunek rogu skórnego do raka skórnego.** Na mocy badań klinicznych i histologicznych całego szeregu przypadków rogu skórnego (8) i raków skórnych stwierdza autor, że w powstawaniu obu tych schorzeń odgrywają rolę jednakowe czynniki, jak drażnienia, uszkodzenia, blizny i t. p. Nawet budowa histologiczna obu tych zboczeń jest zbliżona, bo tak, jak róg przejść może czasami w raka, tak i rak skórny zamienia się w niektórych przypadkach po długiem trwaniu w róg.

Prof. Merk. **Zasadnicze postacie chorób skórnych ze stanowiska pedagoga.**

Prof. Kromayer. **O prawidłowej desmoplazyi.** Na podstawie badań histologicznych brodawczaków miękkich (naevus mollis) dochodzi K. do przekonania, że zapatrywania Unny, wypowiedziane w tym przedmiocie przed 17 laty, zyskują dziś coraz więcej uznania, chociaż początkowo były one dla samego autora sprzeczne z dotychczasową nauką patologii. Unna bowiem udowadniał wtedy, że brodawczaki powstają przez oddzielanie się od całości komórek nabłonkowych, które tworzą gromady komórek, przekształcających się w komórki tkanki łącznej.

Bonne G. O. **O klinicznem stanowisku wyprysku łojotokowego Unny.** Autor, który zabierał niejednokrotnie głos w tej sprawie, podnosi, że wyprysk tego rodzaju jest podstawą konstytucyonalną t. zw. zołzów, przerostów błony śluzowej nosa i gardła, jakoteż raków. Zaznacza przytem,

że to odnosi się nietylko do pojedynczych osobników, ale i do całych rodzin, a nawet pokoleń.

Prof. Boeck. **O pochodzeniu i dalszych losach wydzielanych z kałem prątków trądu.** B. zwraca uwagę, że prątki trądu dostają się z kałem na zewnątrz w przypadkach owrzodzeń trądowych w jamie ustnej lub dalszych części przewodu pokarmowego, a ponieważ ilość wydostających się prątków jest zazwyczaj duża, okoliczność ta może być przyczyną rozpowszechniania się choroby.

Bergengruen P. **Zapalenie kości twarzy w następstwie uszkodzenia podniebienia.** Opisując przypadek zapalenia części kośćca twarzy, dochodzi B. do przekonania, że śmiertelne ogólne zakażenie nastąpiło w tym razie skutkiem uszkodzenia smugi nabłonkowej w środkowej linii podniebienia, opisanej przez W. Rouxa u noworodków. Z praktycznego punktu widzenia potwierdzić zatem można zapatrywanie Moro, że wymywanie i wycieranie jamy ustnej oseskow jest zupełnie niepotrzebne, a może przynieść szkodę, gdyż uszkodzenie błony śluzowej może sprowadzić zakażenie, jak w opisanym przypadku.

Prof. Okamura. **Przypadek wąglika.**

Richter P. **Przyczynki do historyi wyprysku.**

Golodetz L. **O barwieniu zapomocą »nie-barwików«.**

Fiocco. **Przypadek łupieżu czerwonego Hebry.** F. opisuje przypadek tego cierpienia (pityriasis rubra Hebra) w związku z gruźlicą narządów wewnętrznych.

Doc. Beck. **Erythema mycoticum infantile.** Autor wyróżnia z całej grupy chorób, pojawiających się u oseskow na pośladkach (dermites infantiles), jedną postać, identyczną z chorobą Jaqueta (dermite érythemato-squameuse) i stara się udowodnić, że ma ją wywoływać grzyb, bardzo podobny do grzyba pleśniawki (soor), który wyhodował z takich zmian obok różnych bakteryi.

Reiche. **Spostrzeżenia bakteryologiczne w róży.**

Sick C. **Leczenie operacyjne guzowatości nosa.** Autor opisuje kilka przypadków, uleczonych bardzo pomyślnie zabiegiem chirurgicznym obok leczenia dermatologicznego.

Haase M. **Przypadek grzybicy drożdżowej skóry** (blastomycosis). Opisując przypadek tego rzadkiego schorzenia, udowadnia autor jego etyologię obrazami histologicznymi, w których grzyb daje się z łatwością uwidocznić.

Prof. Simmonds. **O krwotokach w jądrach.**

Messa F. **O zaniku skóry napletka.**

Joseph i Kaufmann. **O nowym przetworze siarkowym.** Nawiązując do wykazanego przez Unnę znaczenia siarki w leczeniu chorób skórnych i znaczenia spraw redukcyjnych. opisują autorowie działanie nowego przetworu, triphenylstibinsulfidu, wynalezionego przez Kaufmanna, w postaci 10—20% ciasta cynkowego, maści lub zawiesiny. Przetwór ten ma tę zaletę, że rozpuszcza się w olejach.

Prof. Schiff. **Stosowanie zimna w dermatologii.** Autor opisuje sposób leczenia zapomocą oziębiania kwasem węglowym brodawek, odgniotów i znamion różnego rodzaju.

Prof. Wolters. **Przyczynek do poznania pokrzywki guzkowej trwałej.**

Gradenwitz H. **O wytwarzaniu i składzie mydeł leczniczych.**

Sutton R. L. **Cheilitis glandularis apostematosa.**

Prof. Nauwerk. **Olbrzymiość kości** (leontiasis ossea) **a kiła.** Autor wykazuje, że zwiększanie się kości nie zawsze polega na zniekształcającem zapaleniu kości Pageta, jak to twierdzi M. Koch, ale że może powstać na tle zmian kostnych kiłowych w przypadkach kiły wrodzonej.

Draseke J. **Psychopathia sexualis.**

Unna K. jun. **O osłonkach komórek kolczastych naskórka.** Odpowiedniemi barwieniami uwidocznia autor istnienie osłonek (ectoplasma) komórek kolczastych naskórka, między któremi niema w stanie prawidłowym wolnych przestrzeni, jak to przypuszczano dawniej. Osłonki te są cieńsze w dolnych szeregach komórek, a coraz szersze, postępując ku górze, we wszystkich jednak można wykazać podwójny zarys i ostrą granicę od plazmy komórek.

Prof. Török. **Spostrzeżenia kliniczne w zatorowej gruźlicy skóry.** Autor opisuje przypadki gruźlicy skóry w postaci tocznia zwyczajnego i prosówkowego (lupus vulg. et miliaris), liszaja zołzowego (scrophuloderma), t. zw. tuberkulidów w różnej postaci i rumienia stwardniałego (erythema induratum). Wprawdzie T. nie zaprzecza możności powstania niektórych postaci gruźlicy w ustroju, jednak dotychczasowe badania przemawiają za tem, że tuberkulidy wogóle zawdzięczają swe powstanie bezpośredniemu działaniu prątków. Ze względu zaś na równoczesne powstawanie różnych postaci i w różnych warstwach skóry, jak to bywa niejednokrotnie, przypuścić trzeba, że prątki, tam się dostające, mają jednakową żywotność. Postać zaś chorobowa zależy niewątpliwie od ogólnych i miejscowych warunków, jakoteż od siedziby zatoru: czy prątki zatrzymały się w powierzchownych, czy głębiej położonych, czy w większych, czy mniejszych naczyniach.

Prof. Pick. **O pochodzeniu zakażenia moczu prątkami durowymi w durze i o ostrem durowem zapaleniu gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych.**

Pollitzer S. **O przyrodzie komórek plam żółtych** (xanthoma palpebrarum). Na mocy badań histologicznych dochodzi P. do wniosku, że plamy te nie należą do nowotworów, jak przypuszczano, ale że powstają skutkiem swoistego zwyrodnienia tłuszczowego włókien mięsnych w powiekach.

Wichmann P. **O analogii i przeciwieństwach biologicznego działania promieni.** Omawiając pewne punkty styczne w działaniu promieni, używanych w lecznictwie (promieni Roentgena, Finsena, radu) i działanie ich do pewnego stopnia w przeciwnych kierunkach, zwraca W. uwagę, że zapalenia skóry, wywołane promieniami X., ustępują pod wpływem słabych promieni pozafioletowych, musi zatem istnieć w działaniu tych promieni przeciwieństwo pomimo, że oba te rodzaje promieni mogą wywoływać prawie takieżsame zapalenia. F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Jaquet: **O leczeniu tasiemca i przetworach paprotki samczej.** (Münch. med. Wochenschr. 1911, Nr 48). Autor nie zgadza się ze zdaniem Drenkhahna, jakoby można przy leczeniu tasiemca bez obawy przekroczyć dawkę najwyższą 10 gr. wyciągu paprotki, o ile się unika podawania alkaliów i oleju rącznikowego. Zdaniem autora pomyślny wynik leczenia sposobem Drenkhahna, który podaje 15—20 gr., i nie pojawienie się złych skutków w tych razach zawdzięczać należy tylko szczęśliwemu przypadkowi. Zresztą technika Drenkhahna jest niewłaściwą. Ważniejszą przytem od techniki podawania rzeczą jest używanie przetworu działającego jednostajnie i dającego się ściśle dawkować. Takim przetworem jest, zdaniem autora, filmaron, będący najmniej trującym, a najsilniej działającym składnikiem wyciągu paprotki. Wyciąg paprotki jest lekiem surowym, który powinno się usunąć z farmakopei, jako lek niepewny, skoro istnieje już środek lepszy i czystszy w postaci filmaronu, wypróbowanego przez autora i innych w setkach przypadków, niestety zaś dotąd nie objętego farmakopeą. B.

Hofstätter. **Pituitryna jako lek skrzepiający pęcherz.** (Wien. klin. Woch. 1911, Nr 49). Przy pooperacyjnych i poporodowych niedowładach pęcherza znakomite usługi oddają, jak podaje autor, wstrzykiwania podskórne 1—2 cm^3 pituitryny, tak, że cewnikowanie staje się zbyte-

cznem. Doświadczenia na zwierzętach wykazują, że pituitryna działa taksamo na mięśnie pęcherza, jak i na mięśnie macicy, podnosząc zarazem pobudliwość nerwów pęcherza i działając równocześnie moczopędnie. K.

Chirurgia.

Erben. **Rozpoznanie bolu krzyża i pleców.** (Med. Klinik, 1911, Nr 51). W obszernej pracy, ilustrowanej rentgenogramami i fotografiami, wykazuje autor, że często pod postacią t. zw. postrzału (lumbago) przebiegają poważne zaburzenia w stawach kręgowych. Wogóle częste i uporczywe bole w krzyżach budzić powinny przypuszczenie poważniejszego cierpienia; nie należy się zadowalniać szablonowem rozpoznaniem postrzału. Z badania ruchów biernych i czynnych wysnuć można nieraz cenne wnioski. Uporczywy ból pleców budzić znów powinien przypuszczenie powikłań w narządach jamy brzusznej i t. p. A.

Schepelmann. **O wpływie leczenia gorącem powietrzem na wysięki stawowe.** (Med. Klinik, 1911, Nr 51). S. przeprowadził doświadczenia na zwierzętach celem przekonania się, jak wpływa gorące powietrze na wysięki stawowe. Wstrzykiwał więc królikom do stawu kolanowego $1/2$ cm^3 10% jodoform-gliceryny i u części zwierząt stosował potem gorące powietrze, a u innej części nie stosował go i codzień rentgenował staw celem przekonania się, jak prędko jodoform zniknie. U zwierząt nagrzewanych odbywało się znikanie niemal dwa razy szybciej. Podobne wyniki dało doświadczenie z wstrzykiwaniem tuszu chińskiego do stawu kolanowego i badaniem potem gruczołów pachwinowych. Wynika z tego, że gorące powietrze przyspiesza bardzo wessanie ze stawów. K.

Noguchi. **O wartości jodyny w odkażaniu skóry.** (Arch. f. klin. Chir. 96. II). Szczegółowe badania wartości wspomnianego sposobu odkażania przemawiają bardzo za nim. Jod nie wnika głęboko w skórę, ale powierzchowne warstwy przenika i niszczy w nich drobnoustroje. Mycie przedtem jest niepotrzebne (golenie i kąpiel na kilka godzin przed operacyą). Smarować jednak należy skórę dwukrotnie. Sam jod i sam alkohol działają osobno znacznie słabiej, niż w kombinacyi jako jodyna. K.

Schmieden. **Różniczkowe rozpoznanie raka żołądka a wrzodu i anatomia patologiczna tych cierpień w stosunku do obrazu rentgenowskiego.** (Arch. f. klin. Chir. 96. II). Pamiętać należy o tem, że przy wrzodzie kurczą się zdrowe, a przy raku schorzałe ściany żołądka. Przy wrzodzie najczęstsze są zwężenia odźwiernika lub żołądek klepsydrowaty; części przed zwężeniem są znacznie więcej rozszerzone, niż przy raku. Zwężenie przy wrzodzie jest większe, przy raku (rozpad) mniejsze. Cechująca dla wrzodu jest ślimakowata postać żołądka, okrężny kurcz, kurcz odźwiernika, zwiększone ruchy, zaułek (Nischensymptom w razie wrzodu drążącego), a wreszcie wykazalne nieraz podłużne fałdy (w które wnika bizmut). Trudności sprawia rak powstały na tle wrzodu. Przy raku odźwiernika widzimy nieraz w cieniu ubytek, a sam cień kończy się linią zygzakowatą. Przy żołądku klepsydrowatym na tle raka najwęższe miejsce żołądka leży pośrodku światła, przy wrzodzie zaś bliżej jednej ściany. Również dokładnie nieraz rozpoznać można stwardnienie rakowe ścian żołądka. Powinno się zawsze podejrzany żołądek badać promieniami Röntgena, ale badanie takie nie może nigdy być rozstrzygającem. K.

T. Kocher. **O chorobie Basedowa.** (Arch. f. klin. Chir. 96. II). Zmiany serca przy wolu są zupełnie analogiczne do takichże zmian przy chorobie Basedowa. Po połowiczem wycięciu wola spostrzegano już nieraz przerost strony drugiej gruczołu i typowe wystąpienie choroby B. Choroba ta zjawić się może także po dużych dawkach jodu i przetworów tarczycy u osób z nienormalnym gruczołem (struma basedowificata). Chorobę Basedowa uważać należy za hypertyreozę i to w tem znaczeniu, że albo tworzy się przytem pewnego produktu za dużo, lub za mało jest on zobojętniany, dostaje się do krwi (jod). Badanie krwi oddaje tu cenne usługi. Spotykamy przy chorobie Basedowa leukopenię ze zmniejszeniem się ilości neutrofilów, a zwiększeniem limfocytów i zwolnienie krzepliwości krwi. Zupełnie jest możebne, że u osób skłonnych do choroby B. wstrząsy psychiczne mogą wywołać ostry wybuch choroby. Kocher wykonał u 535 chorych 721 operacyi. Śmiertelność 3·1%. Operować należy w znieczuleniu miejscowem. Wyniki ma K. bardzo dobre. W razie powikłań nie wycinamy gruczołu, lecz ograniczamy się do podwiązań naczyń. Po operacyi bezwzględny spokój (sanatoryum) i leczenie dyetetyczne. K.

Położnictwo i ginekologia.

Weinman. **W sprawie uśmierzania boleści przy porodach prawidłowych.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 50). Autorka daje przegląd metod, mających na celu uśmierzanie bolu przy porodzie. Opierając się na piśmiennictwie i doświadczeniu własnem (40 przypadków) poleca stosowanie pantoponu (0,01) przed rozpoczęciem bolów partych, w przypadkach bardzo ciężkich skombinowanego ze skopolaminą (0,01 pantoponu + 0,0015 — 0.003 skopolaminy). Uśmierzenie bólu następowało zawsze w znacznym stopniu; wpływu ujemnego bądź na stan matki lub dziecka, bądź na przebieg porodu nie dostrzegano. Metodę tę, jako łatwą technicznie, poleca autorka lekarzom, praktykującym poza zakładami. A. Markowa.

Vogt. **Doświadczenia z pituitryną.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 51). Opierając się na 100 porodach przeprowadzonych z pomocą pituitryny, twierdzi autor, że jest ona obecnie najlepszym środkiem, zwalczającym słabe bole porodowe, bądź pierwotne, bądź wtórne przy ciasnej miednicy. Najlepiej działa pituitryna w II okresie porodowym, czyniąc zbędnemi kleszcze i skracając czas trwania porodu prawidłowego. A. Markowa.

Hell. **Pituitryna przy poronieniu.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 51). Pituitryna, tak bardzo zalecana przez położników przy końcu ciąży i w czasie porodu przy odpowiedniej pobudliwości mięśnia macicznego, okazuje się bezskuteczną przy poronieniach wczesnych, bądź sztucznie wzniecanych, bądź będących w toku. Mięsień maciczny, w tym okresie niepobudliwy, oddziaływa na pituitrynę nie lepiej, niż na zwykłe środki, wzniecające skurcze macicy. A. Markowa.

Veit. **Dalsze badania nad powstawaniem zakażenia połogowego.** (Pract. Ergebn. f. Geb. u. Gynaek. 1911, T. IV). Autor upatruje ważne źródło zakażenia połogowego w tem, iż jadowitość zarazków, żyjących w częściach rodnych położnic, wśród sprzyjających warunków wzrasta, a nawet może być zupełnie odzyskana, o ile przedtem zanikła. Warunkami takimi są np. świeże rany, odchody, zakrzepy, a własność owa odzyskiwania jadowitości dotyczy szczególnie paciorkowca hemolitycznego. Stąd nasuwa się wniosek, że zakażenie połogowe niezawsze następuje przez wprowadzenie zarazków świeżych, lecz że wywołać je mogą zarazki, już się w przewodzie rodnym znajdujące. Dowodzą tego również owe przelotne, jedno- lub dwudniowe, samorodne podwyższenia ciepłoty u położnic. Położna, opiekująca się tego rodzaju przypadkiem, może stać się źródłem zakażenia dla dalszych położnic, szukających u niej pomocy, gdyż przenosząc paciorkowca, którego jadowitość już wzrosła i przejawiła się w owem podwyższeniu ciepłoty, na rany świeże, stwarza dla owego wzrostu jadowitości jeszcze lepsze warunki. Dlatego powinna położna o każdej tego rodzaju gorączce zawiadomić lekarza urzędowego, a chorą wypuścić ze swej opieki. — Również przeciwwskazanem jest na zasadzie powyższych spostrzeżeń stwarzanie u położnic świeżych ran przez jakikolwiek zabieg operacyjny. A. Markowa.

Zangenmeister. **W sprawie zakażenia przyniesionego.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 1.). Liczne badania

bakteryologiczne, wykonane przez autora i jego współpracowników, stwierdzają doniosłość »samozakażenia«, polegającego na tem, że do powstania zakażenia przyrannego przyczyniają się nietylko zarazki wprowadzone z zewnątrz, lecz w równym stopniu i te, które już prawidłowo w otoczeniu rany lub w ranie samej się znajdują. Ważnym zaś czynnikiem, ułatwiającym zakażenie, jest głębokość rany i warunki, umożliwiające zarazkom wnikanie w głąb, jak zastój w krążeniu, w odpływie wydzieliny i t. d. Ze stwierdzenia tych faktów wynikają ważne wskazówki dla położnictwa, mające na celu zwalczanie gorączki połogowej: należy starać się, by po pęknięcia pęcherza odpływ wód płodowych nie był utrudniony; o ile można nie wywoływać świeżych ran, a do już istniejących, szczególniej głębokich zaułków, nie wszczepiać zawsze w pochwie znajdujących się zarazków, które, o ile tylko znajdują się na powierzchni ran szerokich a płytkich, łatwo stamtąd z wydzieliną zostaną usunięte A. Markowa.

Kehrer. **Pyelonephritis gravidarum.** (Zeitschr. für gynaek. Urologie. 1911. T. III). Schorzenie to, spowodowane przeważnie przez prątki okrężnicy (bact. coli), występuje mniej więcej w połowie ciąży. Prątek okrężnicy dostaje się z pęcherza do miedniczki nerkowej albo wskutek niedowładu przekrwionego moczowodu, albo nawet dzięki ruchom przeciwrobaczkowym moczowodu, wywołanym przez drażnienie ujścia jego ropą lub toksynami, znajdującemi się w pęcherzu, jak również uciskiem ze strony główki dziecka. Ucisk ten tłomaczy, dlaczego zapalenie występuje przeważnie w nerce prawej. W celu zapobiegawczym poleca się leczenie wszelkich zmian zapalnych pęcherza. Zresztą leczenie zachowawcze zapalenia miedniczek i nerek usuwa objawy, jakkolwiek nie daje wyleczenia w znaczeniu bakteryologicznem wbrew istniejącym poglądom. Nefrotomii należy unikać, jako zabiegu zbyt ciężkiego i nie chroniącego drugiej nerki przed zakażeniem. Jako ostateczność pozostaje w przypadkach bardzo ciężkich przerwanie ciąży. A. Markowa.

Esch. **Myrmalyd, jako środek odkażający mocz.** (Zeitschr. f. gyn. Urologie. 1911. T. III). Autor podnosi bakteryobójcze działanie myrmalydu (urotropina + mrówczan sodowy) na prątka okrężnicy i gronkowca. Dlatego stosuje go w celu zapobiegania i leczenia pooperacyjnych zapaleń pęcherza. Środek ten ma być również skutecznym przy bakteryomoczu durowym. Dawka dzienna 2—3 gr.
A. Markowa.

Adler. **Doświadczenia z mamminą Poehla, dotyczące czynności gruczołu mlecznego, jako narządu o wydzielaniu wewnętrznem.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 1). Wstrzykiwanie zwierzętom mamminy Poehla (wyciągu z wymion krów czerkieskich) wywoływało w nadnerczach przerost, przekrwienie i powstawanie ognisk zapalnych, u zwierząt ciężarnych (5 doświadczeń) obumieranie płodu i wydalanie go nazewnątrz. W ostatnich tygodniach ciąży płód był również wydalany przedwcześnie, lecz żył. Autor przypuszcza związek między wewnętrznem wydzielaniem gruczołu mlecznego, a wydalaniem płodu z końcem ciąży. A. Markowa.

Okulistyka.

Adam. **O powstawaniu i leczeniu zezu.** (Mediz. Klinik, 1911, Nr 51). Autor wykazuje, że u 73% ludzi istnieje z powodu niedokładności anatomicznych w budowie oczodołów dążność do nieprawidłowego ustawienia osi ocznych. Dążność ta jednak zostaje pokonana przez silniejszą dążność do kojarzenia wrażeń, odbieranych przez obie siatkówki i dlatego pozostaje w ukryciu. Są to zatem t. zw. utajone zaburzenia równowagi mięśniowej (heterophoria). Prawidłowe ustawienie osi nie odpowiada w tych przypadkach spoczynkowemu ułożeniu gałek ocznych, lecz jest wyrazem równowagi dynamicznej, podtrzymywanej potrzebą obuocznego widzenia pojedynczego (horror diplopiae). Jeżeli z jakichkolwiek powodów jedno oko jest upośledzone w swej sprawności czynnościowej i nie może skutecznie brać udziału w widzeniu obuocznem, równowaga dynamiczna znika, a oczy układają się do równowagi spoczynkowej, której wyrazem w 75% przypadków jest ustawienie osi nieprawidłowe. W ten sposób powstaje zez jawny (heterotropia). Różne operacye na mięśniach ocznych, zmierzające do usunięcia zezu, mają cel dwojaki: kosmetyczny t. j. poprawę szpecącego zboczenia osi widzenia i optyczny, t. j. przywrócenie widzenia obuocznego. Upośledzoną bystrość wzroku oka zezującego podnieść można bardzo wydatnie zapomocą ćwiczeń jednoocznych i stereoskopowych. Zdaniem autora należycie wykonana operacya, odpowiednio prowadzone następnie ćwiczenia, a wreszcie dokładne wyrównanie zapomocą szkieł zachodzącej wady refrakcyi, pozwala w 80% przypadków przywrócić prawidłowe widzenie dwuoczne. Osiągnięcie tego celu zabezpiecza równocześnie i utrwala kosmetyczny skutek operacyi. K. W. Majewski.

Lapsley. **Conjunctivitis Parinaudi.** (Ophthalmology 1911, Nr 1, T. VIII). Jeszcze w r. 1885 wyodrębnił Parinaud szczególną postać chorobową, występującą na spojówkach ocznych. Postać tę określa się też powszechnie mianem »conjunctivitis Parinaudi«. Początkowo mieszano ją częstokroć z jaglicą, a pomyłki popełniali najczęściej okuliści w tych krajach, w których jaglica występuje bardzo rzadko i jest prawie nieznana. Choroba Parinauda należy do cierpień rzadko spotykanych, mimo tego nagromadziła się już dotąd dość pokaźna liczba spostrzeżeń i na tej podstawie kreśli autor jej obraz kliniczny z rysów, dziś powszechnie już ustalonych. Oto główne znamiona tej choroby: Znaczne zgrubienie powiek, zależne od polipowatych ziarnistości spojówki; nacieczenie spojówki gałkowej aż po brzeg rogówkowy; rogówka pozostaje najczęściej wolną od zmian; wydzielina śluzowo-ropna; zajęcie gruczołów chłonnych, przedusznych, podszczękowych, a nawet karkowych po stronie oka chorego. Choroba, z małymi tylko wyjątkami, ogranicza się do jednego oka. Parinaud wyraził przypuszczenie, że cierpienie to jest pochodzenia zwierzęcego. Dotąd jednak sprawa etyologii nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Przebieg jest wybitnie przewlekły i rozciąga się conajmniej na cały szereg miesięcy, ale rokowanie jest na ogół dobre, bo zmiany ustępują bez pozostawienia trwałych następstw. Leczenie zalecają podobne, jak przy jaglicy: azotan srebra, siarkan miedzi, sublimat, a wreszcie usuwanie operacyjne polipowatych wyrośli.
K. W. Majewski.

Greef. **Dzisiejszy stan sprawy t. zw. ciałek jagliczych.** (Ophthalmology 1911, Nr 1, T. VIII). Jak wiadomo, twory spotykane w komórkach nabłonka spojówkowego w przypadkach jaglicy, a nazywane rozmaicie (chlamydozoa, ciałka jaglicze, wtręty), zostały prawie równocześnie i niezależnie opisane przez Halberstaedtera i Prowazka, a z drugiej strony przez Greeffa. Otóż Greeff zabiera obecnie głos w sprawie tych tworów, które dostarczają niewyczerpanego tematu do rozpraw i prac naukowych. Greeff otwarcie przyznaje, że na pytanie, czy t. zw. ciałka jaglicze mają dla powstawania jaglicy jakiekolwiek znaczenie, dziś jeszcze musiałby dać odpowiedź, że tego nie wiemy. Dotychczasowe doświadczenia na zwierzętach nie mają dla Greeffa znaczenia przekonującego. U małp zdołano wprawdzie wywołać powstanie ziarnistości, podobnych z wejrzenia do ziarn jaglicznych, ale ziarnistości te nie prowadziły nigdy do wytworzenia się blizn. Nigdy też nie udało się wywołać na rogówce powstania znamiennej łuszczki jaglicznej. Prócz tego wiadomo, że wtręty znaleziono w bardzo wielu sprawach chorobowych, nic zresztą wspólnego z jaglicą nie mających. Tak np. Blacha znalazł je w przypadkach zakaźnych nieżytów pochwy u dziewcząt, Flemming w przypadkach błoniczego zapalenia spojówki, w których równocześnie wykazano obecność prątków Loefflera, Lippschütz w przypadkach mięczaka zaraźliwego (molluscum

contagiosum), Hoefer w płonicy, wreszcie wielu autorów stwierdziło obecność wtrętów w komórkach nabłonkowych spojówki w przypadkach śluzoropotoku noworodków, oraz w wydzielinie pochwy u matek; Wolfrum i Lindner piszą nawet o jaglicy części płciowych. Greeff sam znalazł typowe ciałka jaglicze obok gonokoków w przypadku wiewiórowego zapalenia spojówki u dorosłego człowieka. Zdaniem jego nie ulega jednak wątpliwości, że twory te nie zostały dotąd pod względem morfologicznym dość ściśle i dość stanowczo wyodrębnione, ażeby można napewne uważać za identyczne wszystkie te formy, które różni autorowie określają bądź jako chlamydozoa, bądź jako ciałka jaglicze. Pożądane jest wydoskonalenie sposobów barwienia.

K. W. Majewski.

Axenfeld. **Szczególne postacie zaniku tęczówki.** (Ophthalmology. 1911, Nr 1, T. VIII). Autor opisuje przypadki pewnych ograniczonych zwyrodnień tęczówki, i tak, wspominane już przez niektórych autorów (Fuchs, Meller, Seefelder) zwyrodnienie szkliste w przybrzeżnych częściach tęczówki, stanowiących obwód źrenicy, następnie w innych przypadkach zanik, ograniczony do głębokich tylnych warstw tęczówki i tylko do jej obwodowych, przyrzęskowych części. Wreszcie zanik warstwy barwikowej tęczówki, spotykany zwłaszcza w przypadkach zaćmy starczej, nieraz tak wybitny, że tęczówka wyraźnie prześwieca, zarówno przy wziernikowaniu, jak przy diafanoskopii. Wspólnym objawem, który towarzyszy wszystkim tym trzem postaciom zaniku tęczówki, jest słabe rozszerzanie się źrenicy pod wpływem atropiny. Najwybitniej występuje ten objaw w pierwszej kategoryi przypadków, gdzie pierścień przybrzeżny tęczówki, okalający brzeg źreniczny, wskutek zwyrodnienia szklistego staje się twardym i mało podatnym. Drugi typ zaniku, zajmujący obwodowe części tęczówki, wywołuje upośledzenie sprawności rozwieracza źrenicy (dilatator pupillae). W przypadkach zaniku ograniczonego do warstwy barwikowej tęczówki (t. zw. pars iridica retinae) istnieje niewątpliwie zaburzenie odżywienia, stanowiące równocześnie przyczynę zaćmiewania się soczewki. W tych razach również stwierdzić się daje dość leniwe rozszerzanie się źrenicy, która nawet po kilkakrotnem zapuszczeniu atropiny pozostaje zaledwie średnio rozwartą.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

dnia 14. XI. i 23. XI. 1911 r.

1) Landau przedstawia chorego T. J., wyrobnika, lat 36. Chory dziedzicznie nie obarczony, w dzieciństwie nie chorował. Przed trzema laty zapalenie płuc. Przed rozpoczęciem się obecnej choroby nadużywał alkoholu. Od 10 lat żonaty. Żona roniła dwa razy (trzecie i szóste dziecko). Z czworga dzieci miało jedno w 5. miesiącu życia konwulsye przez kilka dni, a jedno zaczęło dopiero w 4. roku życia mówić i chodzić, ma dużą główkę. Przed 10 laty upadł chory bez żadnej przyczyny zewnętrznej podczas pracy w kopalni tak gwałtownie, że uderzył głową o węgiel i doznał załamania czaszki w okolicy skroni i ciemienia po stronie prawej. Po tym wypadku miewał chory częste bóle głowy i napady, polegające na trzęsieniu rąk i nóg, przyczem zawsze naprzód trzęsła się ręka i noga prawa, a potem dopiero druga połowa ciała. Nigdy podczas napadu nie tracił przytomności, języka nie przygryzał, piany nie toczył, nie zanieczyszczał się. Przed napadem czuł zbliżanie się jego. robiło mu się słabo pod piersiami, po napadzie czasem zasypiał, czasami znowu miewał bardzo silne bóle głowy. Przed 5 laty udał się do Lwowa, gdzie na klinice chirurgicznej operowano czaszkę w miejscu załamania. Obmacywaniem stwierdzono wówczas w tem miejscu wgłębienie kości kształtu owalnego o dnie nieregularnem, przy ucisku bolesne. Trepanacya w miejscu blizny wykazała na wewnętrznej powierzchni płata kostnego nieznaczne zgrubienie, opona twarda była bez zmian. Tętnienie mózgu wyraźne. Gojenie się rany było powikłane przez różę, która wystąpiła w 3. dniu po operacyi. Bóle głowy występowały rzadziej i były słabsze, niż przed operacyą. Przy opuszczaniu kliniki chory nie skarżył się na bóle głowy (wiadomości z klin. chirurg. we Lwowie).

Ponieważ od marca b. r. czuje się znowu bardziej chorym z powodu codziennych bólów głowy i powyżej opisanych napadów, które pojawiają się średnio raz na miesiąc, przeto zgłosił się do ambulatoryum naszej kliniki, gdzie badanie przedmiotowe oprócz blizn kostnych po załamaniu i trepanacyi, stwierdziło jedynie tylko obustronne zapalenie nerwów wzrokowych, silniejsze jednak po stronie prawej. Chorego umieszczono tedy na klinice chirurgicznej, gdzie obserwacya kilkotygodniowa wykazała oprócz trzech typowych napadów padaczkowych z utratą przytomności, rozpoczynających się od ręki lewej, stałe pogarszanie się choroby. Do zapalenia bowiem nerwów wzrokowych dołączył się i ich obrzęk, a w ostatnich kilku dniach nie opuszczają chorego ani na chwilę gwałtowne bóle głowy, zawroty i wymioty po każdem jedzeniu. Chory apatyczny, senny, objawów ogniskowych niema, ciepłota prawidłowa, tętno waha się między 72 a 102. L. sądzi, że wobec tak wyraźnych objawów wzmagającego się stale ciśnienia wewnątrzczaszkowego przypuścić należy istnienie **nowotworu**, dla którego niema jednak na razie żadnych objawów siedziby. Za okolicą ruchową prawą mogłyby przemawiać: miejsce urazowe i rozpoczynanie się napadów, spostrzeganych na klinice chirurgicznej, od ręki lewej. Toteż L. proponuje dekompresyę w okolicy ośrodków ruchowych prawych, a to tembardziej, że miejsce to odpowiada miejscu załamania czaszki.

Dyskusya: Kol. Blassberg przypuszcza, że nie można wyłączyć i drugiej jeszcze możliwości, t. j. obecności ropnia w mózgu. Jakkolwiek brak gorączki przemawiałby przeciw ropniowi, to jednak za ropniem przemawiają różne dane etyologiczne, a przedewszystkiem to, że po operacyi na klinice chirurgicznej we Lwowie pojawiła się w okolicy rany róża, tak że rana goiła się przez ziarnkowanie (per secundam intentionem). Taki przewlekły ropień mógłby w ostatnich tygodniach zaostrzyć się i dać objawy uciskowe. — Piltz skłania się raczej na podstawie przebiegu i braku gorączki do przyjęcia nowotworu, jakkolwiek dane etyologiczne mogłyby przemawiać i za ropniem. P. nie wyłącza również i zmian w zakresie lewej półkuli mózgowej jako »contre coup« wobec tego, że wedle podania chorego napady bardzo często rozpoczynać się miały od ręki prawej. Sądzi jednak, że wobec braku objawów ogniskowych i wobec zagrażającej choremu ślepoty, należy obecnie wykonać trepanacyę dekompresyjną, i to w okolicy załamania czaszki.

[W kilka dni po dokonanej dekompresyi zmarł chory, a sekcya (Prof. Ciechanowski) wykazała: Nad całą górną powierzchnią prawej półkuli mózgowej opony miękkie silnie nastrzykane i przekrwione, pod niemi zaś, zwłaszcza ponad zakrętami pośrodkowymi i nieco ku przodowi znajduje się pokład nader miękkiej tkanki szarawo-różowej, w przednim odcinku zaś krwawo-czerwono zabarwionej. Po nacięciu tych miejsc pokład ten okazuje się dość ostro odgraniczony od kory mózgowej. Podobne pokłady nader miękkiej tkanki widać jeszcze w kilku innych miejscach, na podstawie mózgu, szczególnie w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, na dolnej powierzchni móżdżku i płatów skroniowych, zwłaszcza lewego. W obrębie zakrętów pośrodkowych, poczęści i czołowych po stronie prawej, zwłaszcza w pobliżu środkowej krawędzi półkuli, jest substancya mózgowa w obrębie kory i części podkorowych wy-

bitnie twardsza. W obrębie części stwardniałych rysunek zatarty, mianowicie kora mózgowa znacznie bledsza, jakby zwężona, a granica jej względem substancyi białej zatarta. W obrębie zaś substancyi białej części stwardniałe od niestwardniałych wcale się barwą nie różnią. Lewa półkula mózgu zmian nie przedstawia. Badanie drobnowidowe wykazało: Gliosarcoma. (Według protokołu sekcyjnego zakładu anatomii patologicznej)].

2) Landau przedstawia przypadek **sclerosis lateralis amyotrophica** u 45-letniego robotnika leśnego I. J., u którego choroba ta przebiega bardzo gwałtownie, bo w przeciągu niespełna 4 miesięcy doprowadziła do zupełnego już prawie porażenia wszystkich czterech kończyn z bardzo wybitnymi zanikami degeneracyjnymi nietylko w zakresie kończyn górnych, lecz nawet i w zakresie kończyn dolnych (grupy strzałkowe i krótkie mięśnie nóg, a stąd obustronne pazurowate ustawienie palców). Już w kilka tygodni po rozpoczęciu się choroby pojawiły się pierwsze objawy opuszkowe, które obecnie rozwinięte w całej pełni, uprawniają do najgorszego rokowania.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie z dnia 28. IX. (11/X) 1911 r.

Obecnych 27 członków. — Przewodniczy kol. S. Trzebiński.

1) S. Trzebiński. **O teoryi Freuda i psychoanalitycznej metodzie leczenia histeryi.**

Punktem wyjścia nauki Freuda o histeryi była powstała około 1880 r. katartyczna metoda Breuera, polegająca na przypuszczeniu, że u osobników, skłonnych do stanów hipnoidalnych (marzenia na jawie), wzruszenia, doznawane podczas takich stanów, nie przechodzą w motoryczne odruchy, któreby mogły uczynić je nieszkodliwemi dla dalszego psychicznego życia, lecz podlegają poniekąd uwięznięciu w psychice, mogąc w ten sposób przeobrazić się w chorobowe, histeryczne, somatyczne objawy. Objawy te z kolei dają się usunąć, jeśli się lekarzowi powiedzie otrzymać od chorego, znajdującego się w stanie hipnozy, informacye co do okoliczności, które owo pierwotne chorobotwórcze wzruszenie wywołały i skłonić go do uświadomienia związku pomiędzy niemi, a objawem chorobowym.

Freud z nauki Breuera wyeliminował przedewszystkiem konieczność stanów hipnoidalnych w etyologii i hipnozy przy leczeniu. Następnie doszedł on do przekonania, że źródła takiego chorobotwórczego wzruszenia w etyologii histeryi należy zawsze szukać w jakiemś przeżyciu natury płciowej, którego wspomnienie zostało wyparte w podświadome warstwy duchowe dlatego, że z tego czy innego powodu było dla chorego niemiłe. Ulega ono następnie albo konwersyi w cielesny histeryczny objaw, albo substytucyi przez idee przymusowe czyli »obsesye«. Oprócz tych dwóch ewentualności może zajść jeszcze trzecia, a mianowicie doszczętne wyrzucenie wspomnienia wraz ze wzruszeniowym zapasem. Wówczas chory zachowuje się tak, jak gdyby owego chorobotwórczego wzruszenia wcale nie było w jego historyi, a taki stan duchowy należy już do kategoryi psychoz.

Zapatrywania Freuda na etyologię histeryi przechodziły jednak dalszą ewolucyę. Około 1896 r. np. uczy on, że wzruszenie, aby zostać chorobotwórczem w sensie wywołania histerycznego objawu, musi koniecznie posiadać pewne cechy, a mianowicie zajść we wczesnem dzieciństwie (między 2-im a 6-ym rokiem życia), być wywołane praktykami, analogicznemi z aktem płciowym (zamachy płciowe ze strony starszych osób, albo płciowe czynności, wykonywane z innemi dziećmi). Okres ten jednakże nie trwał długo, i wkrótce potem Freud, nie zaprzeczając chorobotwórczego znaczenia wyżej wymienionych momentów, przenosi punkt ciężkości w etyologii histeryi na t. zw. »regresye«. Płciowość mianowicie, zdaniem Freuda, idącego tu za poglądami Havelock Ellisa, zaczyna się rozwijać u dziecka nader wcześnie, właściwie zaraz po urodzeniu, tylko wówczas nosi ona charakter autoerotyzmu, wyrażającego się zdolnością odczuwania sensacyi, analogicznych z płciową rozkoszą, całą powierzchnią ciała i sąsiadujących z nią błon śluzowych, oraz doznawania ich podczas pewnych ruchów biernych (huśtanie, kołysanie i t. p.). Ewolucya płciowa zaznacza się najprzód ściślejszem umiejscowieniem sensacyi płciowych, przytwierdzających się u prawidłowo rozwijających się osobników do narządów rozrodczych, oraz zastąpieniem autoerotyzmu przez heteroerotyzm, zrazu bez różnicy płci przy wyborze przedmiotu, na który przenoszą się seksualnie zabarwione uczucia dziecka. Następnie dopiero przychodzi określenie płci owego przedmiotu; prawidłowo w sensie heteroseksualnym, niekiedy w homoseksualnym, przyczem uczucia chłopców (o ile chodzi o prawidłowy heteroseksualny rozwój) zwracają się zazwyczaj ku najbliższym kobietom, matkom, siostrom, — dziewcząt zaś ku ojcom i braciom. Dopiero na samym końcu następuje pod wpływem działania zdobytych przy wychowaniu etycznych wyobrażeń oderwanie płciowości od rodzinnych uczuć. Otóż regresye, to właśnie reminiscencye owych pośrednich etapów rozwojowych płciowości. Takie wspomnienie stoi w sprzeczności z etycznemi wyobrażeniami osobnika, wskutek czego zostaje zepchnięte w podświadome warstwy duchowości, a wzruszenie, z niem związane, działać może chorobotwórczo, wywołując histeryę albo przymusowe wyobrażenie. W niektórych przypadkach natomiast podobne wspomnienia ulegają t. zw. »sublimacyi« czyli »uwznioślenia«, stają się pobudką do pożytecznej, kulturalnej, zwłaszcza artystycznej działalności.

Oprócz histeryi i przymusowych wyobrażeń, obejmuje nauka Freuda jeszcze niektóre inne nerwice i psychoneurozy. Tak więc neurastenia, zdaniem jego, bywa zawsze następstwem samogwałtu lub długo trwających zmaz (pollucyi), podczas gdy za główny czynnik etyologiczny różnych postaci nerwicy lękowej (Angstneurose) należy uważać często powtarzające się pobudzenia płciowe bez prawidłowego zaspokojenia, a zatem »coitus interruptus«, dalej dla kobiet stosunki z płciowo osłabionymi mężczyznami, oraz wstrzemięźliwość u osób z bardzo silnie rozwiniętym płciowym popędem. Z grupy nerwic lękowych wyłączyć trzeba jednakże t. zw. »Virginalangst« (nerwicę lękową dziewic). Przyczynę tej formy chorobowej bowiem stanowi nie bezpośrednie działanie fizycznej płciowej szkodliwości, lecz czynniki psychicznej natury, a mianowicie zetknięcie się po raz pierwszy z problematem płciowym, i to zetknięcie, zaszłe w sposób bezwzględny i brutalny, rodzący w duszy danego osobnika (zwykle chodzi tu o młode dziewczęta) uczucie oburzenia lub wstrętu. Z tego powodu ta postać chorobowa należy raczej do nerwic poprzednio omawianej grupy, a więc tej, w której mieszczą się histerya i przymusowe wyobrażenia, mogąc też tak, jak one, podlegać leczeniu psychoanalitycznemu, nie dającemu żadnych wyników przy innych formach nerwicy lękowej oraz neurastenii.

Przy stosowaniu psychoanalizy uwzględnić musimy różne zastrzeżenia, znacznie zwężające jej teren. Tak więc przeciwwskazanie stanowią: zbyt późny lub zbyt młodociany wiek chorego; dalej brak inteligencyi u chorego, nareszcie ostre okresy histeryi, podczas których szybko się wytwarzają coraz to nowe objawy chorobowe. Poza tem wszystkiem trzeba jeszcze pamiętać, że ten sposób leczenia wymaga wielkiej cierpliwości ze strony lekarza i chorego, gdyż czas jego trwania mierzy się zwykle nie na tygodnie, lecz na miesiące i lata. Przyczyną owej długotrwałości psychoanalitycznego leczenia jest ta okoliczność, że każdy objaw histeryczny bywa zwykle »überdeterminiert« (wielokrotnie określony), to jest, że kojarzy się z nim prócz pierwotnego chorobotwórczego wzruszeniowego wspomnienia cały szereg późniejszych wspomnień. Chory najprędzej przypomina sobie przeżycia najpóźniejsze. Im dalej sięgamy w przeszłość, tem trudniej, gdyż z jednej strony coraz ła-

twiej zawodzi pamięć, a z drugiej, w miarę zbliżania się do pierwotnego chorobotwórczego przeżycia, mającego zawsze prawie charakter w wysokim stopniu dyskretny (intim), rośnie też coraz więcej wewnętrzny opór chorego. Freud podaje sposoby, mające służyć do przezwyciężenia owego oporu, oraz mające ułatwić lekarzowi oryentowanie się w tem, czy wyznana już przez chorego okoliczność może być uważana za pierwotny chorobotwórczy czynnik. Jednym z takich sposobów, i bardzo pomocnym, jest badanie snów chorego. Sprawie tej poświęcił Freud osobne dzieło »Die Traumdeutung«. Zdaniem jego, treść sennych marzeń powstaje w sposób podobny do tego, w jaki wytwarzają się objawy histeryczne, a przedmiotem snów istotnym bywają stale wspomnienia, uczucia, przedewszystkiem zaś pragnienia, wypierane na jawie ze świadomości przez naszą duchową cenzurę. To też treścią każdego snu jest właściwie zawsze prawie spełnienie jakiegoś często ukrytego i niedostatecznie uświadomionego życzenia śniącej osoby — »Wunscherfüllung«. Moment ten występuje w snach niekiedy mniej więcej jawnie, bez przykrywki, znacznie częściej jednak w pewnem symbolicznem przebraniu, odbierającem mu drażliwy charakter i nadającem mu pozory obojętne. Do poznania owej symboliki dochodzi się drogą zapoznania się z duchowem życiem śniącego. Zmienia się ona względnie do środowiska, wśród którego śniący żyje i z którego czerpie na jawie tak często w myśli i rozmowie stosowne symbole. Z tem wszystkiem istnieje też pewna stała symbolika, na której Freud tłómaczenie snów opiera. Rozwijali ją nader gorliwie w dalszym ciągu zwolennicy i uczniowie tego badacza, a nie sposób nie stwierdzić, że wywody ich często sprawiają humorystyczne wrażenie, przypominając »sennik egipski«. Z drugiej strony nie brak w książce Freuda przykładów tłomaczenia snów, przeprowadzonego w zupełnie prawdopodobny, przemawiający do przekonania sposób.

Zasługą Freuda jest bezwątpienia zwrócenie uwagi na znaczenie etyologiczne czynników płciowych przy powstawaniu i rozwijaniu się niektórych nerwic, moment ten bowiem dotychczas często bywał zaniedbywany ze szkodą dla chorych, najprzód z powodu zupełnie niewłaściwej pruderyi, następnie zaś z powodu wielkich trudności, towarzyszących wydobyciu od chorych odnośnych informacyi. Trudno oczekiwać, aby nauka i metoda Freuda kiedykolwiek przyjęła się w medycynie z całem dobrodziejstwem inwentarza, pierwsza bowiem zdaje się grzeszyć wyłącznością, sprowadzającą wszystko do płciowych czynników, druga wymaga niesłychanie wiele czasu i zachodu, stając się przystępną w nader małej tylko ilości przypadków. Natomiast za nader pożyteczną rzecz należy uważać dla każdego lekarza zaznajomienie się z jego nauką, pamiętanie o niej i korzystanie z jej wskazówek tam, gdzie nie daje wyników zwykłe, przez dzisiejszą rutynę podyktowane leczenie nerwic. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Weller: Ujemną stronę teoryi Freuda stanowi jej jednostronność, przesadne nadawanie znaczenia w powstawaniu nerwic urazowi płciowemu okresu dzieciństwa i usuwanie tła neuropatycznego na plan drugi. Seksualizm w etyologii nerwic wiedzie do sztucznego i bezpodstawnego schematyzmu w ich podziale, jak np.: uzależnienie neurastenii od samogwałtu. To przecenianie znaczenia czynników płciowych, hypotetyczność płciowości u dzieci, dowolność w objaśnianiu objawów histerycznych przez symbole oraz interpretacyi snów i myśli chorego, możliwie w sensie z góry powziętym, wywołały słuszne zarzuty ze strony przeciwników Freuda (Oppenheim, Ziehen, Hoche). Pod względem technicznym metoda psychoanalityczna przedstawia pewne trudności, wymaga bowiem specyalnego i dłuższego przygotowania, większego doświadczenia życiowego i wielkich zasobów cierpliwości ze strony lekarza i chorego; trwanie zaś leczenia często przez czas bardzo długi czyni tę metodę mniej dostępną dla szerszego ogółu chorych. Ostatecznie należy jeszcze powiedzieć, że metoda psychoanalityczna w rękach niedoświadczonych może choremu więcej przynieść szkody, niż korzyści (zły wpływ szczególnie na młode osoby przez skierowanie myśli w dziedzinę płciową — przypadek Felemana opisany w r. 1910. Żurnał nerwopatologii i psychiatrii imieni Korsakowa). (Streszczenie własne).

Rejze zaznacza, że czasem u mężczyzn znajdujemy zmiany anatomiczne (obrzęk i przekrwienie wzgórka nasiennego), znajdujące się widocznie w związku przyczynowym z rozwojem histero neurastenii, bo usunięcie tych zmian nieraz wpływa dodatnio na objawy nerwowe.

Trzebiński zgadza się, że teorya Freuda jest jednostronną, jest przytem opartą na hypotezie, która, jak wiele hipotez, nie daje się dowieść. Niezaprzeczoną zasługą Freuda jest to, że zwrócił on uwagę na szkodliwe wpływy płciowe, które do tego czasu były zupełnie zaniedbane pomimo tego, że stwarzają one, jeżeli nie zawsze, jak to twierdzi Freud, to przecież niejednokrotnie podatne podłoże dla rozwoju nerwic. Sekretarz: Fudakowski.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

III. Posiedzenie z dnia 12/25 marca 1911 r.

Obecnych 24 członków i 8 gości.

1) Prezes Dr Wojnicz powiadamia zebranie o zgonie Dra Lucyana Adamowicza, sekretarza Tow. lek. wileńskiego. Kol. Wojnicz w krótkich a serdecznych słowach podaje życiorys zmarłego; pamięć Dra Adamowicza uczczono przez powstanie.

2) Odbyły się wybory do Zarządu Towarzystwa — na sekretarza obrano Dra Safarewicza, na skarbnika — Dra Blocha.

3) Kol. Załkindson opowiada o przypadku **wodowstrętu**, w którym zastosowano **salwarsan**: do szpitala »Sawicz« w Wilnie przywieziono chorego, który już od 3 dni miał wyraźne objawy wodowstrętu; w wywiadach — pokąsanie przed paru miesiącami przez psa niewątpliwie wściekłego. Po naradzie wstrzyknięto do żył 0,6 salwarsanu; nazajutrz wieczorem chory z łatwością przełykał mleko i wodę. W $3^1/_2$ dni po wstrzyknięciu salwarsanu chory jednak zmarł. Uderzającym jest w danym przypadku fakt, że chory żył z wyraźnymi objawami wodowstrętu 6 dni.

W dyskusyi koledzy Barchasz i Kraińskij wyrażają zdumienie wobec tego faktu; w szpitalu w Charkowie nie pamiętają oni przypadku wodowstrętu, w którymby chory przeżył dłużej ponad 4 dni. — Kol. Załkindson podkreśla, że jest to bodaj pierwszy przypadek wodowstrętu, w którym zastosowano salwarsan; złagodnienie objawów, jakie dało się zauważyć po wstrzyknięciu 606, oraz śmierć dopiero ku końcowi dnia 6-go od pierwszych objawów zachęca do dalszych prób stosowania w wodowstręcie salwarsanu, tembardziej, że dotychczas niema środka, któryby mógł uchronić od śmierci w tej chorobie.

4) Kol. Wirszubski mówi **o symptomatologii drgawek stopy**; na podstawie krzywej, zapisanej w jednym przypadku przyrządem graficznym, oraz na podstawie wywiadów prelegent stwierdza czynnościowe pochodzenie drgawek stopy, podkreślając ważne znaczenie zapisywania drgawek dla rozróżniczkowania ich pochodzenia.

W dyskusyi kol. Krainskij dowodzi, że zapisywanie drgawek nawet kimografem Sommera nie daje wskazówek, czy drgawki są pochodzenia czynnościowego, czy też organicznego, ponieważ aparat Sommera zapisuje nie same drgania, lecz tylko ich projekcye, i dopiero otrzymać je można przez pomnożenie długości drgań dostawą (cosinus) kąta w stosunku do rzędnych (koordynat) osi; dla odczytania krzywej powinniśmy wiedzieć kąt pochylenia drgań ku płaszczyźnie krzywej podczas zapisywania; kąt zaś ten wiadomym być nie może. — Kol. Sycianko przypuszcza, że w podobnym przypadku drgawek czynnościo-

wego pochodzenia psychoterapia według Freuda byłaby skuteczną. — Kol. Krainskij jest zdania, że psychoterapia według Freuda jest to w gruncie rzeczy od dawien dawna znane oddziaływanie lekarza i jego zabiegów na psychikę chorego; zdaniem mowcy jest to blaga, a jako taka nie powinna być stosowana przez lekarza.

5) Kol. Wolfson przedstawia chorych **z nawrotami kiły po stosowaniu »606«.**

W dyskusyi kol. Maciański stwierdza, że kliniki w Paryżu, Frakfurcie i innych miastach zagranicznych miały po leczeniu salwarsanem około 30% nawrotów przymiotu; mowca naocznie miał sposobność podczas bytności swej zagranicą przekonać się o tem; Herxheimer i Bauer wskazują, że gruczoły chłonne bardzo często prawie wcale nie zmniejszają się, a próba Wassermanna wypada prawie zawsze dodatnio. Akademia lekarska w Paryżu uznała salwarsan za środek niepewny i radzi stosować równolegle leczenie rtęcią; nie należy zapominać też o ujemnych stronach salwarsanu, zwłaszcza o możliwości wywołania krwotoków i głuchoty. — Dr Żuk stwierdza zadziwiającą sprzeczność poglądów na działanie salwarsanu pomiędzy Francuzami i Niemcami. — Kol. Globus wyraża swe zdumienie wobec tak nieprzychylnej opinii o salwarsanie. — Kol. Krainskij stwierdza, że w przypadkach bezwładu postępowego działanie 606 = 0; u tabetyków po salwarsanie stan ogólny nie ulega zmianie ku lepszemu; mówca przytacza przykłady; u starca tabetyka po salwarsanie wkrótce zjawiło się owrzodzenie na języku, u pewnej tabetyczki w 10 dni po salwarsanie — owrzodzenia na migdałkach.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 17. I. 1912 posiedzenie, na którem Prof. Rutkowski przedstawił przypadek tętniaka t. podobojczykowej, Prof. Nowotny przypadki wyleczone surowiczego zapalenia opon ropnia płatu skroniowego mózgu po zapaleniu ucha środkowego i wypadnięcia mózgu po operacyi usznej, poczem Dr Eisenberg miał wykład p. t. »Z biologii bakteryi«.

— Koledzy, posiadający karty »Albumu lekarzy polskich«, wydanego przez »Nowiny lekarskie«, a nie zamierzający ich zachować, przysłużą się sprawie Sekcyi polskiej w zakładającem się Międzynarodowem Muzeum w Brukseli, darem tego albumu. Dla skompletowania egzemplarza pożyteczne będą i pojedyncze karty. Przesyłki przyjmuje Redakcya »Przeglądu lekarskiego«.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. podaje do wiadomości, że zamiast wieńca na trumnę ś. p. Dr W. Opolskiego złożyli koledzy prymaryusze i naczelnicy poszczególnych oddziałów, na fundusz wdów i sierot (na ręce Prezesa Tow. lek. gal.) kwotę 145 koron, a mianowicie koledzy: Arnold, Lenartowicz, Machek, Müller, Orzechowski, Sabat, Schramm, Sołowij, Starzewski, Świątkiewicz, Wiczkowski, Ziembiccy Grzegorz i Witold po kor. 10, i koledzy: Czarnik, Hołobut i Raczyński po 5 kor.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. podaje do wiadomości, że zamiast wieńca na trumnę ś. p. kol. Dra Prof. Edmunda Biernackiego, złożyli członkowie Towarzystwa lekarskiego lwowskiego na fundusz wdów i sierot po lekarzach 179 koron, a mianowicie kol.: Bednarski, Gluziński, Jurasz, Machek, Rencki po 10 k., Franke, Hermann, Pogonowska, Ruff, Sołowij, Stenzel, Zablocki po 5, Reichenstein 4, L. Feuerstein, Lipski, Mikulski, Müller, Papée, Szumowski, Tomaszewski, 1 nieczytelny po 3 k., Andruszewski, Beck, Bocheński, Giełczyński, Greliński, Kaczyński, Lenartowicz, Mańkowski, Nowicki, Obtułowicz, Pańczyszyn, Pisek, Pohorecki, Progulski, Sabat, Saba-

towski, Schellenberg, Selzer, Stauber, Wallach, 3 podpisy nieczytelne po 2 k., Damm, Fels, Gąsiorowski, Markowski, Mikołajski, Skałkowski, Zbyszewski, 3 podpisy nieczytelne po 1 k.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. podaje do wiadomości, że obok wieńca na trumnę ś. p. Prof. Szulisławskiego, złożyli członkowie Tow. lek. lwow. na fundusz wdów i sierot kwotę 439 kor., a mianowicię: kol.: Machek i Rencki po 50 k., Bednarski, Biernacki, Głuziński An., Kikinger, Lachowicz, Wojtkowski po 20 k., Chomin, Feuerstein L., Janda, Jurasz, Kośmiński, Mars, Reiss, Sieradzki, Toczyski i Zion po 10 kor., Feuerstein J., Franke, Hojnacki, Kramarzyński, Kwiatkiewicz, Orzechowski, Pisek, Schellenberg, Schramm, Sołowij, Świątkiewicz, Trzciniecki, Zabłocki i 2 podpisy nieczytelne po 5 kor., Hołodyński 4 k., Leńko, Kucharski, Nowicki po 3 k., Andruszewski, Berlstein, Barącz, Czarnik, Hornung, Kaczorowski, Leszczyński, Markowski, Müller, Obtułowicz, Pohorecki, Progulski, Raczyński, Reichenstein, 1 nieczytelny po 2 k., Skałkowski 1 k.

— »Kuryer lwowski« donosi, że w dniu 21 grudnia 1911 odbyło się w ministerstwie spraw wewnętrznych posiedzenie kuratoryi funduszu na walkę z gruźlicą w celu rozdzielenia sumy 101.762 k., przypadającej na r. 1912, na poszczególne kraje. Z tego przyznano dla Galicyi tylko 6.000 k. dla Tow. walki z gruźlicą we Lwowie, nadto jednorazowy zasiłek dla tego towarzystwa w kwocie 3.000 k. i towarzystwu »Bratnia Pomoc« w Zakopanem jednorazowo 1.000 k., razem więc dla całego kraju 10.000 k., co stanowi zaledwie dziesiątą część ogólnej sumy, przeznaczonej do rozdzielenia.

Gdy kraj nasz — dodaje słusznie »Kuryer« — w daleko większym stopniu jest dotknięty klęską gruźlicy, niż inne kraje państwa, powinna Galicya otrzymywać największą część kwoty, będącej do dyspozycyi, a przynajmniej uczestniczyć w rozdziale zasiłków w tym stosunku, jaki odpowiada obszarowi i zaludnieniu kraju. Tymczasem Galicyę z początku zupełnie pominięto i trzeba było dopiero usilnych starań, aby coś i dla nas wydobyć z tych funduszów, na które przecie i w Galicyi podatkami się składamy.

— Dr Solecki, właściciel »Domu zdrowia« we Lwowie, prosi nas o zaznaczenie, że pragnąc ze swej strony przyczynić się do zebrania funduszów na budowę Domu Towarzystwa lekarskiego we Lwowie, przeznaczył na rzecz tych funduszów 10% z opłat od chorych, leczonych ambulatoryjnie w jego zakładzie.

Łódź. Towarzystwo lekarskie łódzkie wybrało na r. 1912 zarząd w składzie następującym: prezes A Krusche, wiceprezes S. Sterling, sekretarz I E. Sonenberg, sekretarz II A. Tomaszewski, skarbnik W. Trenkner, bibliotekarz I Z. Prechner, bibliotekarz II H. Goldberg. Do sądu koleżeńskiego wybrano Dra J. Pieniążka (ponownie) i jako zastępcę Dra S. Skalskiego.

Wilno. W wileńskiem Towarzystwie przyjaciół nauk utworzyła się Sekcya lekarska, licząca 35 członków, która dotąd odbyła 3 posiedzenia.

Z różnych stron. Międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie w r. 1913 odbędzie się według wiadomości, nadesłanych nam przez stałą komisyę zjazdów w Hadze, w d. 6 do 12 sierpnia. Prace zjazdu odbywać się będą w 22 sekcyach. Przewodniczącym komitetu zjazdu jest Barlow, sekretarzem generalnym W. P. Herringham, który też (13 Hinde street, London W.) przyjmuje zgłoszenia udziału w Zjeździe.

— »Wiener klinische Wochenschrift«, organ wiedeńskiego »K. K. Gesellschaft der Ärzte«, rozpoczyna dwudziesty piąty rok wydawnictwa. Z tego powodu wyszedł pierwszy tegoroczny zeszyt tego pisma, jako zeszyt jubileuszowy, wypełniony 21 pracami najwybitniejszych profesorów wydziału lek. wiedeńskiego, jak: Chiari, Chvostek, Dimmer, Eiselsberg, Exner, Finger, Fränkel, Fröhlich, Frisch, Fuchs, Hohenegg, Joannovics, Kolisko, Ludwig, Paltauf, Pirquet, Riehl, Schauta, Wagner v. Jauregg, Weichselbaum, Wertheim. Zeszyt ozdobiony jest portretem i autografem założyciela pisma, słynnego klinicysty Bambergera.

— Egzaminy państwowe lekarskie złożyli w uniwersytecie moskiewskim Polacy: Dr med. uniwersytetu genewskiego p. Alma Drzewiecka, Dr med. uniwersytetu strasburskiego p. Ludwik Justman z Warszawy i Dr med. uniw. wiedeńskiego p. Paweł Martyszewski z Wilna. Wydział lekarski uniwersytetu moskiewskiego ukończyli następujący Polacy pp.: Jan Bauer, Adam Beczkowicz, Alfons Biasewicz, Antoni Cholewo, Józef Czechowicz (z odznaczeniem), Ignacy Czyż, Stanisław Deresz, Józef Doch, Antoni Gancewicz, Władysław Gelniewski, Leon Horbowski-Zaranek, Antoni Jurewicz, Wiktor Kaj, Zenon Kamiński, Stanisław Kotowicz, Bogumił Krippendorf, Edmund Libiszewski, Ludomir Lipiński, Edward Łutowicz, Edmund Margoński, Stefan Pauli, Franciszek Plejewski, Roman Radwiłowicz, Jan Rudis, Kazimierz Rząśnicki, Eugeniusz Rzepko-Łasski, Mieczysław Sawaszyński, Eugeniusz Ścibor, Leopold Toczyłowski, Piotr Trejbszo, Tomasz Wiśniewski, Zygmunt Wiśniewski, Stanisław Zieliński (z odznaczeniem).

Egzaminy państwowe na stopień lekarza zdali w Kazaniu następujący Polacy, doktorzy medycyny uniwersytetów zagranicznych: Bolesław Budzyński, Tad. Dzierzkowski (cum eximia laude), Bronisław Frenkel, Arkad. Fórtkiewicz (cum eximia laude), Leon Gałczyński, Czesł. Kaliński (cum eximia laude), Władysław Kuryluk, Jan Kołodziejski (cum eximia laude), Julian Łapiński, Hieronim Osuchowski, Józef Roszkowski, Stan. Rudzik, Bolesław Salak, Helena Sulżyńska, Gustaw Szulc (cum eximia laude).

— Koledzy i uczniowie ś. p. E. Biernackiego postanowili zebrać fundusz jego imienia na nagrody konkursowe za prace naukowe.

Mianowani: Psychiatra doc. Hübner profesorem w Bonn, ginekolog Prof. v. Franqué z Giessen profesorem w Bonn, ginekolog doc. Hofbauer profesorem w Królewcu.

Redakcya otrzymała: St. Bartoszewicz: Zarys patologii ogólnej. Zesz. I. Warszawa 1911 r., str. 56 (popularne).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. stycznia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Kol. Szymanowski: Demonstracya zastosowania aglutynacyi do rozpoznawania promienicy. 2) Dyskusya nad wykładem kol. Eisenberga. 3) Kol. Blassberg: Wydzielanie wewnętrzne ze stanowiska klinicznego.

Doroczne zgromadzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **we czwartek d. 25. stycznia 1912 o godz. 6 wieczór w sali Magistratu w Jarosławiu** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych kolega Dr Fechter. 2) Referat kolegów Dr Puzona i Dr Spatza: O gorączce połogowej, sposobach zapobiegania tej chorobie i obecnym stanie leczenia«. 3) Sprawozdanie roczne kol. Dr Orłowski. 4) Wybór biura sekcyi i delegatów na Walne zgromadzenie. 5) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

O liczne zebranie się upraszamy Szan. Kolegów.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Rok LI. Kraków, dnia 27. stycznia 1912. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Powróćmy znów do techniki wytwarzania odmy przez nakłucie — do niektórych szczegółów ważnych.

Nakłucia dokonywamy najczęściej w dolnych międzyżebrzach, ponieważ tam najcieńszą jest warstwa mięśniowa, więc np. w 6. do 8. międzyżebrzu w liniach pachowych; zbyt nizko nakłuwając, możemy przebić się do jamy brzusznej, szczególniej przy skurczonem płucu, t. j. przy wysoko ustawionej przeponie. Jeśli wypada wytwarzać odmę wielokomorową, nakłuwa się nietylko dolne, ale i wyżej leżące międzyżebrza, pamiętając — rzecz prosta — zawsze o stosunkach anatomicznych danej okolicy.

Przed nakłuciem prześwietlamy raz jeszcze chorego i staramy się przy tem oznaczyć na skórze chorego te miejsca dolnych części klatki piersiowej, które odpowiadają niezmienionej, lub mniej gruźlicą zajętej okolicy płuca i opłucnej. Tak dokonane nakłucie najmniej naraża na skaleczenie chorego płuca i najwięcej daje szans znalezienia szpary jamy opłucnej.

Ponieważ niewolno rozpocząć insuflacyi, dopóki nie jesteśmy pewni, że ostrze igły jest w jamie opłucnej — przeto manometr jest tą busolą, która nas wiedzie podczas nakłuwania klatki piersiowej.

Zasługą Brauera i jego szkoły jest wystudyowanie stosunków manometrycznych przy sztucznej odmie.

W warunkach fizyologicznych obie opłucne — jak już o tem mówiłem — ściśle do siebie przylegają we wszystkich fazach oddechowych; niema więc właściwie wtedy żadnej jamy opłucnej w ścisłem tego słowa znaczeniu. Dopiero gaz, płyn, guz — stwarzają przestrzeń, w której panuje ciśnienie ujemne.

Wielkość tego ciśnienia ujemnego jest — według Muralta — w różnych okolicach jamy opłucnej różna (im dalej od wnęki płuca — tem jest ono większe); wielkość ta jest również zależna od cech osobniczych (wiek, wzrost i t. p.). Ciśnienie zależy też od ułożenia chorego; np. przy leżeniu na brzuchu jest większe, niż przy leżeniu na krzyżu.

Średnie wahania ciśnienia u osobnika średniego wieku, w wolnej od zrostów jamie opłucnej tak się przedstawiają: Przy oddychaniu spokojnem w obu okresach oddechowych— ciśnienie ujemne z wahaniami wielkości 6 – 8 cm[1]). Przy oddychaniu wysiłkowem wahania te dojść mogą do 20 cm wody, przyczem w czasie wydechu ciśnienie dochodzi do 0, a nawet nieco ponad 0, t. j. staje się słabo dodatniem. Jeśli oddech zatrzymać w okresie wdechu czy wydechu, ciśnienie podczas trwania pauzy oddechowej pozostaje bez zmiany na wysokości, właściwej danemu okresowi oddychania. Kaszel wywołuje nagłe i wysokie wzniesienie się słupa wody ponad 0.

Jeśli istnieją zrosty opłucnej, co jest zjawiskiem najczęstszem u chorych, kwalifikujących się do leczenia odmą sztuczną, mierzymy ciśnienie, panujące w jamie zmniejszonej, ograniczonej zrostami; otrzymujemy wahania manometru o wiele mniejsze, niż wykazane wyżej, zarówno przy oddychaniu spokojnem, jak i podczas oddychania wysiłkowego i kaszlu.

Wraz z napełnieniem jamy opłucnej gazem ciśnienie ujemne staje się coraz mniejszem: dzieje się to stopniowo — jeśli jama opłucnej była zupełnie wolna; dzieje się szybko — jeśli reinsuflujemy do jamy otorbionej, do przestrzeni mniejszej; w pierwszym przypadku wielkość wahań zmniejsza się w tempie powolnem, w drugim — w tempie szybkiem.

Zasadniczy charakter wahań manometrycznych jamy opłucnej polega na tem, że ciśnienie wydechowe jest wyższe, niż ciśnienie wdechowe; ta cecha zasadnicza ulega niekiedy w przebiegu odmy zmianie: ciśnienie staje się wyższem przy wdechu.

Przyczynę tego paradoksalnego zachowania się ciśnienia tak tłumaczą: Gaz zawarty w jamie opłucnej uciska nietylko na płuco, ale też na śródpiersie i przeponę. Śródpiersie zostaje (mniej lub więcej — zależnie od jego ruchomości, ustępliwości, od zrostów) usunięte w stronę drugiego płuca; przepona zostaje zepchnięta ku dołowi i przestaje towarzyszyć płucu w jego ruchach oddechowych, przestaje być czynną. W tych warunkach zmniejszenie się ciśnienia — w klatce piersiowej pełnej gazu — podczas wdechu — przysysa zwiotczały mięsień przepony; jednocześnie zaś wzmożona praca drugiej połowy przepony (ze strony płuca zdrowego) wywołuje przy wdechu zwiększone ciśnienie jamy brzusznej i ze swej strony sprzyja wtłoczeniu zwiotczałej części przepony do klatki piersiowej. Przyssane zostaje

[1]) Cyfry oznaczają zawsze różnicę między wysokością obu słupów wody, resp. rtęci.

też — mniej lub więcej — i śródpiersie, o ile jest ruchome; a oba te czynniki wywołują nagłe zmniejszenie się jamy zawierającej gaz, t. j. wzrost w niej ciśnienia.

Te same warunki sprawiają, że podczas rentgenoskopii widujemy w różnych okresach oddechu zmienną wielkość odmy; widujemy też paradoksalne ruchy przepony, zarówno przy jednoczesnych paradoksalnych wahaniach manometru, jak i przy jednoczesnych prawidłowych wahaniach.

Jeśli wahania ciśnienia paradoksalne otrzymamy już przy wytwarzaniu odmy — świadczą one o tem, że zamiast do jamy opłucnej wbiliśmy igłę pod przeponę; zdarzyć się to może np. przy marskości płuc i wysokiem ustawieniu się przepony.

Do jakich cyfr pozytywnych, do jakiej wysokości ciśnienia manometrycznego dodatniego w jamie opłucnej dojść należy (czy też: wolno) przy reinsuflacyach — tego powiedzieć ogólnikowo niepodobna, ponieważ wielkości te nic same przez się nie mówią. Inne zupełnie ma znaczenie ciśnienie + 6 w jamie wolnej, inne — w jamie otorbionej, której wielkość może być przecież tak rozmaita.

To też zarówno przy insuflacyi, jak i przy reinsuflacyach kierować się należy objawami podmiotowymi (uczucie duszności, uczucie ucisku tępego, bóle), jak i przedmiotowymi (zmiany w tętnie, w częstości oddechu, a głównie: obraz radiologiczny).

Muralt tak o tej sprawie mówi: »Kiedy płuco chore jest poddane najwyższemu uciskowi — bez uszczerbku dla czynności płuca zdrowego i narządów krążenia — jesteśmy przy optimum pożądanego i dozwolonego ciśnienia«. Od siebie dodam: »i bez uszczerbku dla czynności narządów trawienia«, o czem więcej, gdy będzie mowa o powikłaniach.

Wahania manometryczne ostrzegają nas o błędach technicznych. Tak np. jeśli ostrze igły dostało się w luźny zrost opłucnej, możemy otrzymać w pierwszej chwili jakieś minimalne wahania ujemne, ale już po niewielkiej ilości wpuszczonego gazu stają się one dodatniemi i to bardzo wysokiemi. Jeśli igła jest w płucu, jej światło komunikuje z powietrzem oskrzeli (o ile — rzecz prosta — nie jest w tkance śródmiąższowej płuca); ruchy oddechowe dają wtedy wyraźne i duże wahania manometru, ale wahania te są równej wielkości pod i nad zerem manometru; wpuszczenie (gdybyśmy to uczynili!) gazu nie podniesie ciśnienia, bo gaz ujdzie przez oskrzele.

Jeśli igła jest w tętnicy, krew zostaje do igły wtłoczona, a manometr powoli podnosi się ponad o; o wyjątkowej możliwości przyssania zawartości igły przez żyłę mowa była wyżej; wtedyby naturalnie manometr wykazał ciśnienie w kierunku in minus.

Jeżeli przy którejś kolejnej reinsuflacyi pomiar manometryczny wskaże, że ciśnienie w jamie opłucnej stało się większe, aniżeli niem było po reinsuflacyi poprzedzającej (powinno być mniejsze, bo część gazu wessała opłucna), natenczas przypuszczamy wytworzenie się wysięku w opłucnej, sprawy dosyć częstej w przebiegu odmy sztucznej. Wytworzony wysięk zmniejszył rozmiary jamy i przez to zwiększył w niej ciśnienie gazu. Dodam, że badaniem fizycznem nie wykrywamy nieraz tego wysięku, że wykazuje nam wtedy jego obecność dopiero badanie radiologiczne, które podejmujemy właśnie dzięki wskazówce ze strony manometru.

Nie miałem jeszcze sposobności mówienia o tem, że w planie leczenia gruźlicy płuc zapomocą odmy sztucznej można mieć na celu albo (o czem dotąd ciągle była mowa) unieruchomienie płuca, albo tylko jego zapadnięcie się (collapsus pulmonis).

Z chwilą bowiem, kiedy wprowadzony do opłucnej gaz rozerwał spójność opłucnej ściennej z płucem, z tą chwilą płuco zapada się, jego objętość zmniejsza się szybko, wcale nieproporcyonalnie do ilości gazu wpuszczonego; ta ilość nie mogłaby wcale tak dalece płuca ucisnąć. Że płuco ze swego stanu napięcia, w jakiem pozostaje przed rozsunięciem obu opłucnych, zapada się pod wpływem względnie niewielkich ilości gazu, uczy znów obserwacya manometryczna. Nieznaczne ciśnienie ujemne, jakie znajdujemy przed i bezpośrednio po wytworzeniu odmy, staje się, np. nazajutrz, znacznie większem; nic innego zajść tu nie mogło (szczególniej, jeśli nie możemy przypuścić, by małe ilości gazu rozerwały na jakiejś znacznej przestrzeni istniejące zrosty i to w ciągu doby!), jak tylko powiększenie się jamy opłucnej dzięki zapadnięciu się, t. j. zmniejszeniu objętości płuca.

Ażeby skończyć z różnicą między stanem zapadnięcia się płuca, a stanem uciśnięcia i unieruchomienia, powiem, że Forlanini, Saugman i wogóle stronnicy poglądów pierwszego dążą do stałego i niezmiennego uciśnięcia i unieruchomienia płuca; ale fakt, że co pewien czas gaz odnawiać należy, bo zostaje wessany, mówi nam o niemożliwości utrzymania płuca w stale jednakowym ucisku; stopień tego systematycznie maleje od chwili jednej reinsuflacyi, aż do następnej. Forlanini jest jednak w zgodzie ze swymi poglądami teoretycznymi, uważając wywołanie stanu zapadnięcia się płuca bez następczego systematycznego dążenia do jego zupełnego uciśnienia — za błąd, za zabieg szkodliwy, bo zmniejszający, a nie znoszący ruchomości płuca.

Niemniej praktyka wykazuje, że samo zapadnięcie, t. j. zmniejszenie ruchomości, może niekiedy wpłynąć zbawiennie na przebieg gruźlicy, a w każdym razie ten właśnie stan zmniejszonej ruchomości stanowi często punkt zwrotny w przebiegu choroby; bo widziałem np. poprawę w przebiegu choroby po jednej, dwu insuflacyach, t. j. kiedy conajwyżej mogła być mowa dopiero o zapadnięciu płuca.

W zasadzie jednak należy zostać, aż do badań i spostrzeżeń dalszych, przy dążeniu do unieruchomienia płuca w danych warunkach osiągalnego.

Tu nasuwa się zaraz pytanie: jak często osiągnąć możemy zupełne uciśnięcie, całkowite unieruchomienie całego płuca, odmę piersiową doskonałą.

Względnie rzadko. W większości przypadków mamy jako wynik leczenia odmę niedoskonałą; pozostaje okolica płuca nieuciśnięta, bo tak mocno z opłucną ścienną zlutowana, że nawet wprowadzanie gazu pod ciśnieniem 70—80 mm rtęci, nawet osiągnięcie wysokiego ciśnienia wewnątrz jamy, zrostów nie rozrywa. A rozmiary tego obszaru wolnego od ucisku bywają różne, dochodzą do rozmiaru całego płatu, przy jednoczesnej poprawie stanu chorego. Rzecz prosta, że wszystko tu zależy od przypadku: czy uciskowi zupełnemu uległy najciężej schorzałe okolice płuca, czy też one właśnie ucisnąć się nie dały.

Trudno więc odpowiedzieć na pytanie, kiedy uważać należy odmę za dostatecznie wielką, by ją stale podtrzymy-

wać, kiedy zaś, przekonawszy się, że płuca całkowicie nie uciska, dalszego odnawiania odmy zaniechać.

Na ogół powiedzieć wolno, że jeśli po jakich 10 reinsuflacyach nie otrzymaliśmy odmy doskonałej lub prawie doskonałej, t. j. uciskającej prawie całe płuco, leczenia odmą zaniechać należy, chyba że istniejąca odma częściowa dała wyraźne i niedwuznaczne objawy poprawy stanu zdrowia. W tym razie wolno przypuszczać, że uciśnięte zostały okolice płuca, będące w danej chwili ogniskiem głównem (czy jedynem, sprawdzić często możemy przez badania rentgenologiczne) czynnej sprawy chorobowej, i uważać odmę za niedoskonałą anatomicznie, ale za wystarczającą fizyologicznie. Taką odmę podtrzymywać należy [1]).

Przyczyną nieudania się odmy są głównie zrosty płuca z opłucną. Im większa jest ich powierzchnia, tem trudniej znaleźć wogóle wolną szparę w opłucnej, tem trudniej wytworzoną odmę komorową powiększać przez powolne rozrywanie zrostów azotem, tem mniej szans zupełnego lub dostatecznego uciśnięcia płuca.

Ucisk, jaki w celu rozrywania zrostów stosujemy, potęgując (bardzo stopniowo, choćby ze względu na bóle, jakie to postępowanie sprawia choremu) ciśnienie gazu w jamie opłucnej, może choremu zaszkodzić przez rozerwanie zrostu mocniej unaczynionego (krwotok); przez rozerwanie zrostu zawierającego ognisko zarazków; przez wywołanie pęknięcia jamy, która w płucu uciśniętem, t. j. w płucu, którego powierzchnię sztucznie zbliżamy do wewnątrz leżących jam, leży dosyć blizko jamy opłucnej (zakażenie opłucnej). Są to przypadki zgoła przewidzieć się nie dające, ale ostrzegające przed stosowaniem gwałtownego, szybko wzmagającego się ciśnienia.

Mówiliśmy przy opisie techniki wytwarzania odmy o użyciu strzykawki. Zdarzyć się może, że założona do igły Saugmanowskiej strzykawka wykaże obecność wysięku w opłucnej. Jest to pod względem technicznym okoliczność ułatwiająca założenie odmy (już w tym razie bez możności kontrolowania ciśnienia manometrem); odłączywszy strzykawkę i nie zmieniając położenia igły, zaczynamy insuflacyę azotu.

Zamiast azotu (resp. tlenu, powietrza), proponowano do opłucnej wprowadzać płyny, np. oliwę, fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Bóle, stan zapalny opłucnej, a głównie niemożność kontrolowania postępu odmy zapomocą manometru, kazały zarzucić tę metodę, którą jednak proponuje ponownie Holmgren w celu rozrywaniu zrostów.

Jak często powtarzać reinsuflacye, to zależy od czynników, o których mówiłem przy rozpatrywaniu stosunków ciśnienia w jamie opłucnej. Jeśli przy wytworzeniu odmy wpuściliśmy gazu 200—300 cm^3 (tlenu około 20—50, resztę azotu), to już nazajutrz reinsuflujemy; wgnieść możemy wtedy do 500 cm^3 azotu i więcej. Zawsze jednak przerwać należy wpuszczanie azotu, jeśli chory zacznie się skarżyć na tępy ucisk, lub na ból ostry. Następnie reinsuflacye powtarzamy co 2—3 dni, dopóki badanie nie wykaże, że płuco jest uciśnięte; wtedy reinsuflujemy raz na tydzień; po miesiącach — raz na dwa, trzy lub cztery tygodnie. Te terminy podlegają wahaniom, zależnym głównie od tak osobniczej i nieobliczalnej własności opłucnej — wchłaniania azotu, własności, która na ogół z postępem czasu maleje, — zależnym od wahań w ilości wysięku, od postępu rozrywania się zrostów (pęknięcie zrostu może nagle bardzo powiększyć rozmiary odmy komorowej).

Jak długo leczyć wogóle chorego odmą? Niemniej na ogół niż rok, najczęściej do 2 lat, a nawet dłużej. Już sama nowość metody nie pozwala na określenie terminu; jak wszystko w tem postępowaniu leczniczem, (jak wogóle w każdym przypadku »klinicznie wyleczonej« gruźlicy), tyle czysto osobniczych warunków gra tu rolę, że żadnych prawideł ogólnych wypowiedzieć w tej sprawie nie wolno.

By już zakończyć ze szczegółami techniki, powiem jeszcze parę słów o tem, jak ogół lekarzy, nie zajmujących się specyalnie tą metodą, dopomódz musi chorym odmą leczonym.

Idealnem miejscem leczenia odmą jest sanatoryum, choćby dla dobra płuca »lepszego«; co najmniej już szpital. Ale ani w sanatoryum, ani w szpitalu chorzy pozostawać przez cały czas tak długiego leczenia nie mogą; udają się do domów, nieraz położonych poza obrębem miejsca zamieszkania lekarza, który odmę wytworzył; wyjeżdżają latem na wieś, jeżdżą w sprawach osobistych lub zawodowych. Udział więc lekarzy praktyków jest koniecznością, od której nieraz zależy powodzenie leczenia, bo jeśli raz pozwolimy wessać się całej odmie, to powtórne jej wytworzenie może się okazać niewykonalne.

Reinsuflowanie przy istniejącej odmie jest rzeczą prostą, łatwą. W tym celu należy tylko znać i rozumieć istotę metody, starannie chorego obserwować i w czasie właściwym gaz do opłucnej wpuszczać. Całe instrumentaryum potrzebne składa się z opisanego wyżej, tak prostego, przyrządu Spenglera i manometru wodnego, który sobie zrobić możemy z dwu rur szklanych, osadzonych na podstawce pionowo ustawionej, u dołu połączonych króciutkim wężem gumowym. Podziałki manometru (skala metryczna) pozwolą na oryentowanie się, które tu polega przedewszystkiem na tem, by: 1) za każdym razem sprawdzić, czy igła jest w jamie opłucnej; 2) czy ciśnienie gazu w jamie nie jest zbyt wysokie (przed zabiegiem), czy nie podniosło się od ostatniego pomiaru (wystąpienie wysięku; można reinsuflacyę odwlec).

Ponieważ opłucna z czasem coraz mniej chciwie gaz wchłania, w braku azotu można reinsuflować powietrzem (o technice mówiłem wyżej).

Igłą do nakłucia najlepszą jest igła Saugmana (kosztuje 75 koron duńskich w Kopenhadze; adres wyżej podałem), bo jest trwała, a przytem pozwala (nawet bez pomocy manometru) na sprawdzenie, czy jej ostrze znajduje się w wolnej jamie: sztylet igły wystaje wtedy o 1 centymetr, nie napotykając przed otworem ostrza żadnej zapory. W braku tej igły, łączymy węża z igłą strzykawki, służącej do wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej (grubego węża przyrządu łączymy z cieńszym wężem, pasującym do igły, przy pomocy rurki szklanej o jednym końcu grubym, drugim cieńszym, przy pomocy np. szklanej kanki irygatora).

[1]) Jeśli otrzymana odma komorowa rozszerzyć się nie daje, próbujemy założyć dwie, trzy oddzielne odmy komorowe i w ten sposób wytworzyć niedoskonały anatomicznie ucisk płuca, który jednak może być fizyologicznie dostateczny.

O innych szczegółach reinsuflacyi już obszernie mówiłem.

Jak więc z powyższego widać, każdy lekarz-praktyk reinsuflować może chorych leczonych odmą sztuczną, o ile tylko zabieg wykonywać będzie powoli, trzymając się zasad wyżej szczegółowo umotywowanych.

Przy opisie techniki wytwarzania odmy piersiowej miałem już sposobność mówić o powikłaniach, jakie temu zabiegowi mogą towarzyszyć. Jest ich niemało. Ale zdumienie ogarnia przy czytaniu opisu tego zabiegu przez Leureta (z Bordeaux); przytaczam ten ustęp w oryginale, by oddać wiernie ton i myśl autora: »La creation du premier pneumothorax est une operation fort dramatique; dès que l'air pènétre dans la plèvre, un point de côté violent est ressenti par le malade, qui devient anhélant; la respiration superficielle, le pouls rapide, petit, quelquefois même incomptable, la cyanose des lèvres, le refroidissement des extrêmités indiquent la tendance au collapsus cardiaque et il m'a fallu constamment avoir recours aux injections de toniques cardiaques pour relever la circulation et souvent aux injections de morphine pour calmer le point de côté« [1]).

Otóż cały ten opis jest niesłychanie przesadny, a nawet nieprawdziwy. Ukłucie igłą ostrą Saugmana nie jest więcej bolesne od ukłuć dokonywanych codziennie w celach rozpoznawczych; stosowałem z początku mej w tym kierunku praktyki morfinę, ale zaniechałem tego, jako zabiegu zbytecznego (chociaż nie wyrzekam się go dla chorych bardzo bojaźliwych). Ból odczuwa chory dopiero z chwilą rozrywania zrostów, t. j. po wpuszczeniu jakiejś już większej ilości gazu, ból przeważnie tępy, ból rozpierający, który się potęguje po przestaniu insuflacyi, ponieważ gaz w jamie opłucnej rozszerza się pod wpływem ciepła ustroju. Duszności chory podczas zabiegu nie odczuwa wcale, chyba że mu pod wielkiem ciśnieniem wtłaczać gaz przy wytwarzaniu odmy, co jest wręcz błędem, i to błędem bardzo ciężkim; opłucna powinna raczej przysysać gaz, który wtłaczać będziemy dopiero przy następnych reinsuflacyach. Duszność odczuwa chory dopiero wstając ze stołu, ubierając się, a potem chodząc, ruszając się, ale nigdy podczas prawidłowego wytwarzania odmy. Tętno staje się szybszem i takiem przez czas dłuższy lub krótszy po zabiegu zostaje; ale tylko wyjątkowo dochodzi do wyraźnych objawów upadku działalności serca. W jedynym przypadku u ciężko chorego (przypadek jedenasty) były objawy lekkiego omdlenia — już po zakończeniu zabiegu, po wstaniu ze stołu; tętno było przy tem niezłe.

Dopiero w dalszym przebiegu leczenia odmą występują wspomniane objawy — zależnie od stopnia ucisku serca, od przesunięcia większych pni naczyniowych, nieczynności przepony, stopnia ciśnienia dodatniego w jamie opłucnej; wtedy widujemy duszność przy każdym ruchu (lub dopiero podczas ruchu wysiłkowego), bóle tępe rozpromieniające się na ramię, bóle w dołku podsercowym itp.

[1]) Wytworzenie odmy jest zabiegiem bardzo wstrząsającym; z chwilą dostania się gazu do opłucnej, chory odczuwa ból mocny w boku i duszność; oddychanie powierzchowne, tętno szybkie, małe, czasem niepoliczalne, sinica warg, zimne kończyny świadczą o grożącym zapadzie; uciekać się musiałem do środków sercowych, by pobudzić krążenie i do wstrzyknięcia morfiny, by uspokoić bóle.

Są to wszystko powikłania zwykle niegroźne, z których natężeniem liczyć się jednak należy, ponieważ dają nam one wskazówki o sile ucisku, jaki odma wywiera na narządy klatki piersiowej. Zdarzyć się nawet może, że nasilenie tych objawów zmusi nas do wypuszczenia części gazu przez nakłucie klatki igłą otwartą (lub przyssanie gazu zapomocą przyrządu Spenglera, który wtedy ustawiamy w sposób odwrotny do stosowanego przy insuflacyi). Powodem do takiego częściowego wypuszczenia gazu z opłucnej może być nagle powiększający się wysięk opłucny, chociaż właściwszym w tym razie zabiegiem będzie wypuszczenie płynu,

Powikłaniem cięższem odmy piersiowej jest odma podskórna, podpowięziowa, śródzrostowa, lub śródpiersiowa.

Jeżeli gaz zamiast do opłucnej wtłoczymy pod skórę lub pod powięź piersiową — powstanie odma powierzchowna; częściej jednak powstaje ta postać odmy wskutek przedostawania się gazu z jamy opłucnej przez otwór po nacięciu lub po igle. Szczególnie częstą jest ta postać odmy po zabiegu Brauera, ponieważ otwór jest tu wielki, a nałożone szwy nigdy go dosyć szczelnie zamknąć nie mogą; ale i po ukłuciu metodą Forlaniniego odma podskórna i podpowięziowa powstać może.

Odma podskórna objawów burzliwych nie sprawia; trzeszczenie pod palcami przy naciskaniu skóry, nawet jej obrzmienie, trzeszczenie przy osłuchiwaniu, zasłaniające sobą wszelkie inne objawy osłuchowe, duszność — są objawami odmy podskórnej, która nieraz zajmuje całą połowę klatki, aż do szyi. Odma podpowięziowa, o wiele rzadsza, nie daje tak wyraźnych objawów przedmiotowych, natomiast podmiotowo jest przykrzejsza; bóle, trudność oddychania, przydźwięk bębenkowy przy opukiwaniu, mogą dać złudzenie odmy opłucnej. Ta postać podpowięziowa odmy szerzy się i na przeciwległą stronę klatki piersiowej, szczególnie w okolicy nadobojczykowej. Obie opisane postacie nie grożą żadnem niebezpieczeństwem, mijają po dniu lub dwu bez śladu.

Odma śródzrostowa jest wynikiem wprowadzenia pod ciśnieniem gazu do zrostu; bóle, wysokie cyfry manometru wskazują na to powikłanie, które też skutków ujemnych za sobą nie pociąga.

Inaczej z odmą śródpiersiową. Gaz, który z tkanki śródmiąższowej płuc lub wzdłuż naczyń podopłucnych dostaje się do śródpiersia tylnego, a stąd znów wzdłuż naczyń i tchawicy do okolicy szyjnej, uciska ważne narządy i staje się powodem uczucia silnej duszności, trudności połykania, sinicy, niepokoju. Jakkolwiek bezpośredniego niebezpieczeństwa i tu nie ma, objawy mogą mieć charakter groźny, a w każdym razie to powikłanie uniemożliwia dalsze stosowanie odmy piersiowej leczniczej.

Skutki wspomnianej już poprzednio omyłki technicznej, polegającej na wprowadzaniu gazu pod przeponę, nazywają odmą brzuszną; przez uniesienie przepony i zepchnięcie wątroby względnie żołądka powstać mogą objawy duszności i zaburzeń trawiennych, które stopniowo bez szkody mijają.

Uniknąć odmy śródpiersiowej, jak i śródzrostowej, można przez ścisłe przestrzeganie wszystkich wyżej podanych przepisów techniki. Co się tyczy odmy powierzchownej, podskórnej i podpowięziowej, to zgodnie z dwoma źródłami jej powstania różne są środki zapobiegawcze. Po pierwsze, nie należy ani igły wprowadzać, ani jej z opłu-

cnej wyjmować wtedy, kiedy gaz, znajdujący się w świetle igły, pozostaje pod ciśnieniem. Po drugie: należy szczelnie zamknąć otwór nakłucia, by się przezeń gaz na zewnątrz nie mógł przedostać. Początkowo uciskałem miejsce nakłucia mocno; nakładałem na międzyżebrze cienką rurkę gumową, w dwoje złożoną i na końcach związaną; był to rodzaj podłużnej peloty, zawierającej powietrze; wciśnięta głęboko i umocowana przylepcem miała zapobiegać tworzeniu się odmy podskórnej. Obecnie w tym celu wystarcza mi wyłącznie bardzo wolne wyciąganie igły po zabiegu; warstwa za warstwą nasuwają się tkanki na otwór ukłucia i to najzupełniej zabezpiecza od odmy podskórnej. Po wyjęciu igły nakładam na rankę kawałek gazy, którą umocowuję przylepcem (lub mastisolem). Wreszcie, jeśli chory ma silne podrażnienia kaszlowe, które mogą wypchnąć gaz z opłucnej, dawać mu trzeba w dniu insuflacyi narkotyki.

Groźne niebezpieczeństwo powikłania przez zator gazowy zdarza się coraz rzadziej, wraz z udoskonaleniem się techniki i rozszerzaniem doświadczenia lekarskiego. Objawy zatoru gazowego zależą od jego usadowienia się w sercu lub — najczęściej — w mózgu. Objawy tego powikłania mogą być bardzo różne, zarówno co do natężenia, jak i trwania. Nagły zgon, zgon po paru godzinach lub dniach, porażenia, drgawki, przykurczenia itp. są skutkiem takiego zatoru. O zapobieganiu była mowa wyżej, przy opisie techniki

Ogół powyżej wyliczonych objawów przypisuje Forlanini nie zatorowi, mniejszemu lub większemu, ale odruchowi ze strony opłucnej, przez gaz podrażnionej; objawy tego odruchu nazywa terminem zbiorowym: »epilepsia pleurae«. Ten termin był dotąd używany dla określenia szeregu objawów nerwowych, które spostrzegano podczas zabiegów na opłucnej dokonywanych, jak np. podczas przemywania opłucnej przy ropniaku opłucnej (empyema thoracis), ale nie nosiły te objawy tak groźnego charakteru, jakim się odznaczać mają odruchowe powikłania wskutek insuflowania gazu do opłucnej.

Brauer zaś prawie wszystkie przypadłości tego rodzaju przypisuje zatorom gazowym, małym lub wielkim.

Jakkolwiek nie spostrzegałem dotąd żadnego, nawet błahego, objawu, którybym mógł zaliczyć do odruchu ze strony opłucnej, lub do skutków jakiegoś małego zatoru, sądzę jednak, że obok objawów, zależnych od zatoru, muszą się zdarzać objawy odruchowe, »epilepsia pleurae« sensu strictu.

Albowiem tym tylko sposobem wytłumaczyć sobie można częstość tego rodzaju objawów, spostrzeganych przez autorów, operujących u południowców (włosi, francuzi), gdy lekarze północni nic, lub prawie nic o tem nie wiedzą: różnica usposobienia nerwowego, a nie błędy techniki (zator gazowy) jest tu prawdopodobną przyczyną; wyjątek stanowią wśród nas osobniki wysoce nerwowe lub popełnienie u wszystkich chorych takiego np. błędu technicznego, jak wprowadzenie do opłucnej gazu o nizkiej ciepłocie.

To też, w przewidywaniu możliwości podobnych powikłań, należy mieć zawsze pod ręką digalen (do wstrzykiwań śródmięśniowych), kamforę, a nawet przyrząd indukcyjny; wyraźnie nerwowym i bojaźliwym trzeba wstrzykiwać przed zabiegiem morfinę.

Z powikłań, występujących w przebiegu leczenia odmą opłucną, najważniejszem jest wystąpienie wysięku surowiczego opłucnej. Jest to powikłanie częste; w większości przypadków ilość płynu jest tak mała, że dopiero prześwietlanie wykrywa jego obecność. Dopóki płynu jest wogóle niewiele, nie liczymy się z jego obecnością, możemy go nawet uważać za pewną podporę naszej metody, ponieważ uciska on płuco. Gdy go jest więcej, lub gdy powoduje wysoką gorączkę, można systematycznie część wysięku wypuszczać, zastępując ją poprzez drugą igłę gazem. Ale nie obecność tego wysięku stanowi poważne powikłanie, jeno łatwość, z jaką ten wysięk przechodzi w ropny. Taki wysięk ropny, któremu najczęściej towarzyszy długotrwała gorączka, jest powikłaniem fatalnem; przypadki, w których z początku leczenia nastąpiło wyraźne polepszenie, z powodu tego właśnie powikłania czasem źle się kończą. Czasem wysięk ropny powstaje nagle bez uprzedniego wysięku surowiczego: kiedy jama płucna pęka do jamy opłucnej, kiedy ropne zarazki wydostaną się z rozerwanych więzów.

Saugman czyni bardzo ważną uwagę, tyczącą się rozpoznawania charakteru tych wysięków opłucnej; otóż, jak mówiłem, surowicze mogą przejść w ropne, ale mogą też stać się pozornie tylko ropnymi wskutek obecności w nich bardzo licznych złuszczonych komórek tłuszczowo zwyrodniałych (rozpuszczają się w eterze); nie każdy więc płyn mętny należy uważać za ropny.

O duszności, wikłającej przebieg sztucznej odmy opłucnej, już była mowa; zależy ona od stopnia ucisku, względnie od ustępliwości płuca, ustępliwości zrostów, śródpiersia. Ale zależeć może też od zbyt mocnego ucisku i przesunięcia serca i wielkich pni naczyniowych; spostrzegam przypadek, w którym duszność zależy od znacznego przerostu serca, jego niedomogi.

Powikłaniem, które u swoich chorych często spostrzegałem (mało o tem inni wspominają), są zaburzenia żołądkowo-jelitowe: brak łaknienia, odbijania, bóle, rozwolnienie, zaparcia. Są to skutki ucisku na żołądek i wątrobę, skutki ustania ruchów przepony (z jednej strony). Przemijają one po tygodniach, ale w pierwszym okresie leczenia są, mojem zdaniem, przyczyną spadku wagi, którą widuję w początkach leczenia nawet u chorych, okazujących wyraźną poprawę w stanie płuc i ustąpienie objawów toksycznych.

I gorączka może być powikłaniem, występującem w przebiegu leczenia odmą sztuczną. Zazwyczaj, w przypadkach chorobowych przebiegających z gorączką, pierwszym objawem pożądanego zwrotu w przebiegu choroby i kardynalnym objawem, zwiastującym pożyteczność odmy, jest spadek gorączki. Ale i w tych i w przypadkach bezgorączkowych jako bezpośrednie następstwo reinsuflacyi zjawia się czasem gorączka, trwająca parę do kilkunastu godzin. Jest to skutek masowego wtłoczenia jadów do naczyń chłonnych, rodzaj autotuberkulinizacyi, a gorączka — objawem odczynu turbekulinowego.

Po wytworzeniu odmy metodą Brauera widywano wytworzenie się przetoki opłucnej, która, zmieniając odmę leczniczą zamkniętą w odmę otwartą, uniemożliwia dalsze leczenie.

Nie spotkałem dotąd opisu następującego spostrzeżenia, które u wielu moich chorych zrobiłem. Przy stałem nakłuwaniu tej samej okolicy wyczuwam podczas każdej insuflacyi wyraźnie, jak zmienia się konsystencya przekłuwanych

głębszych warstw klatki piersiowej, nie wyłączając opłucnej; uczucie przebijanej jędrnej tkanki zostaje zastąpione przez uczucie przebijania jakiejś błony o spoistości papieru, pęcherza. Myślę, że stałe nakłuwanie tej samej okolicy klatki piersiowej może stać się przyczyną powstania wspomnianej przetoki opłucnej i dla tego radzę zmieniać okolicę z chwilą, gdy utworzony pęcherz gazowy jest dosyć wielki i na to pozwala.

Wogóle w przebiegu tak długotrwałego leczenia ciężkich postaci gruźlicy płuc należy być przygotowanym na cały szereg zakłóceń, nawet w przypadkach, uwieńczonych dobrym wynikiem leczenia omawianą metodą. Te powikłania przemijające zależeć mogą od choroby głównej, ale też i od schorzenia wtórnego innych narządów (krążenia, trawienia); od wszystkich chorób przypadkowych, które nieraz stają się zgubnemi, jeśli dotkną »drugie« płuco.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprostowanie. W Nrze 2 »Przeglądu lek.« w artykule Dr Sterlinga ma rycina, oznaczona Nr I., nosić Nr III i znajdować się w tekscie jako trzecia, a naodwrót rycina, oznaczona Nr III, powinna mieć Nr I, i znajdować się w tekscie jako pierwsza.

Z oddziału chorób wewnętrznych I. B. (Prym. Dr A. Krokiewicz) i z pracowni bakteryologicznej oddziału chorób zakaźnych (Prym. Doc. Dr S. Droba) w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do nauki o szerzeniu się duru brzusznego

napisał

Dr A. Kramarzyński

sekundaryusz oddziału I. B.

W szerzeniu się duru brzusznego bardzo ważną rolę odgrywają t. zw. roznosiciele zarazków. W rzadkich przypadkach nawet zdrowe osoby mogą bez szkody dla siebie mieć w przewodzie pokarmowym prątki durowe, a wydalając je z kałem, stawać się roznosicielami zarazka durowego. O wiele częściej jednak wydarza się to u ozdrowieńców, którzy po przebyciu duru brzusznego zazwyczaj jeszcze przez 8—10 tygodni wydalają z kałem swoiste prątki. Niekiedy prątki durowe przez całe lata, a nawet dziesiątki lat znajdują się w kale, a tem samem osoby takie stanowią bardzo pokaźne źródło dla dalszych zakażeń. Schneider oblicza, że 3% wszystkich ozdrowieńców durowych staje się roznosicielami tej choroby, a 5·1% przypadków zachorowań zdarza się przez roznosicieli (Moderne Typhusbekämpfung. T. XIV. internationaler Kongress für Hygiene und Demographie, Berlin, wrzesień 1907 II.). Kayser znalazł między ozdrowieńcami 5% roznosicieli (Ueber Untersuchungen bei Personen, die vor Jahren Typhus durchgemacht haben und die Gefährlichkeit von Bazillenträgern. Arb. a. d. kaiserlichen Gesundheitsamte 1907. Bd. 25. H. 1.). Parka obliczenia wykazują między ozdrowieńcami 6% roznosicieli zarazków (Journal of the Am. med. Assoc. 1908. Nr. 12). Forster utrzymuje, że 20—27% przypadków duru brzusznego wydarza się z powodu roznosicieli (Ueber die Beziehung des Typhus und des Paratyphus zu den Gallenwegen. Münch. med. Wochenschr. 1908. Nr. 1.).

Na szczególniejszą uwagę zasługują roznosiciele zarazków, zajęci w przemyśle przetworów spożywczych, a przedewszystkiem mleka.

L. L. Lamsten i W. C. Woodward (J. Am. med. Assoc. Chicago, 1909 Nr. X.) opisują epidemię tyfusu w Waszyngtonie, podczas której zachorowały 54 osoby. Wszystkie pobierały mleko z jednej i tej samej podmiejskiej mleczarni. Badania wykazały, że jedna z kobiet pracujących w tej mleczarni przechodziła dur brzuszny przed 18 laty i aż do tej chwili była roznosicielką prątków.

Nie mając zamiaru przytaczać całej rozległej literatury tej sprawy, ograniczę się do dwóch najbardziej zajmujących przypadków, opisanych w ostatnich czasach. E. Huggenberg wspomina o kobiecie, która przed 31 laty przebyła dur brzuszny i od tego czasu zakaziła 13 osób w otoczeniu domowem (Korrespondenzblatt für Schweitzer Aerzte XXXVIII. Nr. 19). J. Indell (Hygiea 1908) podaje, że w jednej rodzinie od r. 1854—1904 zaszło 21 przypadków duru brzusznego. Badanie kału w r. 1904 79-letniej kobiety, pierwszej chorej w tej rodzinie, stwierdziło obecność prątków durowych. Według wywiadów przebyła ona dur brzuszny w r. 1854 i od tego czasu zakażała członków rodziny. Badanie jej stolca, dokonane powtórnie w r. 1908, wykazało również obecność powyższych prątków.

Według dat statystycznych, kobiety są najczęściej roznosicielkami duru, a najczęstsze miejsce wylęgania się prątków stanowi pęcherzyk żółciowy. Zwrócił na to uwagę Chiari (Ueber das Vorkommen von Typhusbazillen in der Gallenblase bei Typhus abd. Prager Zeitschr. für Heilkunde 1884 Bd. 15), a potwierdziły to dalsze spostrzeżenia.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać epidemię duru brzusznego, ograniczającą się do jednej tylko rodziny, t. j. tak zw. epidemię domową. Nadmienić także należy, że nikt ani w tej miejscowości, ani w okolicy nie chorował od dłuższego czasu na dur brzuszny, jak to z całą dokładnością zostało stwierdzone. Przebieg epidemii przedstawia się następująco:

1) Józefa R. lat 56 licząca, żona obywatela w Słomnikach (Król. Polskie) zachorowała pierwsza na dur brzuszny w połowie maja 1908 r. Rozpoznanie choroby zostało potwierdzone dodatnim wynikiem odczynu Widala. Badanie bakteryologiczne wody z odnośnej studni, wykonane w ciągu choroby i w kilka miesięcy później, nie wykazało prątków durowych. Następnie z końcem czerwca r. 1908 zachorował syn Józefy R. 2) Gustaw R. lat 27 liczący. Przywieziony do szpitala św. Łazarza na oddz. I. B., pozostawał tamże od dnia 4. VIII. — 26 IX. 1908 z rozpoznaniem duru brzusznego.

We wrześniu 1908 r. zachorowała na dur brzuszny 3) Anastazya G. lat 19 licząca w domu Józefy R. i lat 19 licząca 4) Zofia R. córka Józefy R. Przebieg kliniczny i odczyn Widala wykazały dur brzuszny.

Następnego roku 1909 stwierdzono dur brzuszny u 5) Julii N., liczącej lat 29, służącej w Krakowie w domu krewnych Józefy R. Najprawdopodobniej zakaziła się durem od Józefy R. podczas pobytu jej w Krakowie. Przewieziona do szpitala św. Łazarza na oddz. I. B. pozostawała w leczeniu od 18/VII—5/IV. 1909 r. z rozpoznaniem duru brzusznego. W tym samym roku w S. w domu Józefy R. zachorowały na dur brzuszny 28 lat licząca służąca 6) Małgorzata K. i jej 9-letnia córka 7) Marya. W r. 1910 zachorował na dur brzuszny w tym samym domu w Słomnikach 8) Aleksander R., lat 32 liczący syn Józefy R.,

i zmarł 21 marca 1910 r. 9) Wanda R. lat 14 licząca córka Józefy R. zachorowała w Krakowie po powrocie ze Słomnik, gdzie przepędzała w domu rodzicielskim święta wielkanocne. Umieszczona na oddz. I. B. szpitala św. Łazarza dnia 11/V 1911 r. pozostawała tamże do 4. lipca 1911 r. z rozpoznaniem duru brzusznego.

Dziewięć tych przypadków duru brzusznego, ograniczonych do jednego ogniska, naprowadziły mię na myśl, czy ktoś z rodziny nie jest roznosicielem zarazy. W pierwszym rzędzie podejrzywałem matkę rodziny Józefę R., która pierwsza zachorowała na dur brzuszny. W celu przekonania się o tem, postanowiłem przeprowadzić w pracowni bakteryologicznej oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza pod kierunkiem Prym. Doc. Dr Droby odpowiednie badania moczu i stolca Józefy R.

Badania rozpocząłem dnia 18. maja 1911.

Według znanych prawideł zasiano na płytkach z agaru Drigalskyego i na płytkach ż agaru Padlewskyego osad moczu uzyskany przez odwirowanie, a na drugim szeregu takich samych płytek grudkę kału, przerobionego na papkę z rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. (Kał badany był zbity o prawidłowem wejrzeniu).

Na płytkach zasianych osadem moczu, wynik hodowli w kierunku bakteryi durowych ujemny.

Natomiast tak na płytkach z agaru Drigalskyego, jakoteż na płytkach z agaru Padlewskyego, zasianych kałem, wyrosły obok innych także kolonie o cechach kolonii bakteryi durowych. Dalsze badanie ich wykazało, że były one rzeczywiście koloniami prątków durowych, gdyż wyosobniony z nich prątek posiadał morfologiczne, biochemiczne i biologiczne cechy właściwe prątkowi durowemu, a mianowicie:

Prątek typu bakteryi okrężnicy o żywych ruchach, odbarwiający się metodą Grama, nie tworzący zarodników, rosnący w dostępie i bez dostępu tlenu. Na płytkach agarowych rósł w postaci kolonii okrągłych, płaskich, białawoszarawych, przeświecających, tęczowo się mieniących. Na płytkach żelatynowych dawał kolonie powierzchowne o wejrzeniu cienkiego, opalizującego nalotu, o nieregularnym, falistym brzegu, dające pod małem powiększeniem drobnowidu obrazy, przypominające liście winnej latorośli. Na agarze skośnym wzrost w postaci białawo-szarego nalotu, również cienkiego, przeświecającego i tęczowo się mieniącego. W bulionie jednostajne znaczne zmętnienie z kożuchem na powierzchni i osadem na dnie. Na ziemniaku zwyczajnym niewidzialna powłoka, zdradzająca swoją obecność silniejszym połyskiem powierzchni ziemniaka w miejscach wzrostu. W mleku rośnie bez sprowadzania jego zmiany. W żelatynie w hodowli kłutej wzrost w postaci postronka białawo-żółtawego wzdłuż kanału ukłucia i cienkiej powłoczki na powierzchni słupa, rozprzestrzeniającej się od punktu wkłucia ku ścianom probówki. W hodowli kłutej w agarze z cukrem gronowym baniek gazu nie wytwarza. W bulionie i wodzie peptonowej indolu nie wytwarza, a wytwarza siarkowodór w hodowli bulionowej. W serwatce lakmusowej Petruschkyego nieznaczne, ale wyraźne zaczerwienienie po 34 godzinach, a po 8 dniach pożywka wraca do pierwotnego wiśniowego zabarwienia. W agarze z czerwienią obojętną i z cukrem gronowym Rothbergera w hodowli kłutej zmian nie sprowadza. W pożywce płynnej z nutrozy Barsickora z dodatkiem cukru gronowego i lakmusu po 24 godzinach wyraźne zaczerwienienie, a po 16 dniach strąt. W pożywce Barsickora z dodatkiem mannitu i lakmusu występuje po 24 godzinach zczerwienienie, a po 14 dniach strąt.

Tak więc w pożywkach, używanych do sprawdzania tożsamości bakteryi durowych, wyhodowany z kału prątek daje, jak widać z powyższego zestawienia, cechy właściwe prątkowi durowemu.

Przechodząc do prób biologicznych, mających rozstrzygnąć rozpoznanie, to z nich zastosowano przedewszystkiem próbę aglutynacyi.

Do próby użyto swoistej surowicy durowej o mianie aglutynacyjnem $^1/_{16000}$. Surowicę tę uzyskano z królika, uodpornionego znaną hodowlą durową. Wykonano próbę makroskopową z rozcieńczeniami surowicy od $^1/_{100}$ — $^1/_{16000}$. Rozcieńczenia surowicy przyrządzono zapomocą rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. Z wyjątkiem kontrolnej we wszystkich probówkach wystąpiła wyraźna aglutynacya po 2 godzinach w ciepłocie 37° C. Nadto dla kontroli nastawiono próbę aglutynacyjną z surowicą królika prawidłowego w rozcieńczeniu od $^1/_{100}$—$^1/_{4000}$. Próba ta po 24 godzinach pozostała ujemną we wszystkich rozcieńczeniach.

Tak więc formułka z wyniku powyższych prób aglutynacyjnych stosownie do wniosku, jaki podał Otto na zjeździe mikrobiologów w r. 1911, przedstawia się w sposób następujący:

$$\frac{\text{S. p. } (^1/_{100} - ^1/_{4000}) -}{\text{S. sw. } (^1/_{100} - ^1/_{16000}) + \text{M. ag. } ^1/_{16000}.}$$

gdzie S. p. znaczy surowica prawidłowa
S. w. » surowica swoista
M. ag. » miano aglutynacyjne surowicy swoistej
— próba ujemna; + próba dodatnia.

Już na podstawie morfologii, zachowania się na pożywkach i dodatniej próby aglutynacyjnej, można było przyjąć, że wyosobniony z kału prątek jest prątkiem tyfusowym.

Nie poprzestano jednakowoż na tem, ale do badania dołączono próbę Pfeiffera, a to w myśl zasady, według której należy dla pewności rozpoznania dołączać próbę Pfeiffera w tych przypadkach, gdy prątek o cechach prątka durowego zostanie wyhodowany z podłoża poza ustrojem człowieka, n. p. z wody, z ziemi; a także wtedy, gdy taki prątek zostanie wyhodowany z ustroju człowieka w nadzwyczajnych okolicznościach, n. p. z ropy w kilka lat po przebyciu duru, z kału w tych samych warunkach i t. d.

Wynik próby Pfeiffera w mych badaniach był następujący:

Jadowitość badanego szczepu.

Najmniejsza śmiertelna dawka dla świnki morskiej, ważącej około 300 gramów, wynosiła $^1/_{10}$ uszka normalnego, czyli 0·2 mlgr. 24-godzinnej hodowli agarowej. Miano bakteryobójcze surowicy swoistej użytej do doświadczenia, pochodzącej również z królika, wynosiło 0.0001 cm.^{3}.

Do doświadczenia użyto 4 świnek morskich.

Swinka Nr. I. ważąca 330 grm. otrzymała śródotrzewnie 0.0005 cm^3 surowicy swoistej + 2 mlgr. 24-godzinnej hodowli agarowej badanego prątka w 1 cm^3 bulionu.

Świnka Nr. II. ważąca 320 grm. otrzymała śródotrzewnie 0·001 cm^3 surowicy swoistej + 2 mlgr. 24-godzinnej agarowej hodowli badanego prątka w 1 cm^3 bulionu.

Świnka Nr. III. ważąca 290 grm. otrzymała śródotrzewnie 0.05 cm^3 surowicy króliczej prawidłowej + 2 mlgr. 24-godzinnej agarowej hodowli badanego prątka w 1 cm^3 bulionu.

Świnka Nr IV. ważąca 350 grm. otrzymała śródotrzewnie 2 mlgr. 24-godzinnej agarowej hodowli badanego prątka w 1 cm^3 bulionu.

W 2 godziny po wstrzyknięciu badano treść jamy

otrzewnej u wszystkich 4 do doświadczeń użytych świnek, a badanie dało wynik następujący:

Treść jamy otrzewnej świnek Nr I. i II., badana w kropli wiszącej i w preparatach barwionych, wykazywała leukocyty, krwinki czerwone, ziarenka i ani śladu dobrze utrzymanych prątków; natomiast w treści jamy otrzewnej świnek Nr. III. i IV. stwierdzono bądź ruchome, bądź nieruchome prątki, dobrze utrzymane. Świnki Nr III. i IV. padły mniej lub więcej po 24 godzinach, a sekcya wykazała obfity wysięk w jamie otrzewnej, złogi wysięku na powierzchni wątroby, śledziony, silne nastrzykania i wybroczyny otrzewnej. W wysięku otrzewnym, badanym w kropli wiszącej, stwierdzono bardzo obfite prątki. a po zasianiu tegoż na agarze stwierdzono czystą hodowlę badanego prątka.

Świnki Nr I. i II. żyją.

Próba Pfeiffera wypadła więc również dodatnio, tak, że na tej podstawie można już z zupełną pewnością przyjąć, iż prątek wyhodowany z kału Józefy R., jest rzeczywiście prątkiem duru brzusznego.

Wobec braku innego źródła zakażenia w Słomnikach, przypuścić należy i nie ulega żadnej wątpliwości, iż kał Józefy R., która pierwsza przed 3 laty przebyła dur brzuszny, stanowił jedyne ognisko dla szerzenia się epidemii wśród otoczenia domowego.

W. P. Prymaryuszowi Dr Krokiewiczowi i Prymaryuszowi Doc. Dr Drobie za zachętę do ogłoszenia niniejszej pracy, odstąpienie materyału klinicznego, cenne rady i wskazówki w przeprowadzaniu badań składam na tem miejscu słowa szczerej podzięki.

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia i psychiatrya.

M. P. Nikitsch. **Salwarsan przy kiłowych i metasyfilitycznych schorzeniach układu nerwowego ośrodkowego.** (Z kliniki Prof. Bechterewa w Petersburgu). (Obozr. Psichiatr., Nr 7, 1911). Na podstawie doświadczeń innych autorów oraz spostrzeganych przez siebie 15 przypadków dochodzi autor do wniosku, że 1) przy kiłowych schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, które się rozwinęły w ciągu pierwszego roku po zakażeniu, a więc trwają względnie krótko, salwarsan wywiera pomyślne działanie nietylko pod względem podmiotowym, lecz także, chociaż mniej wybitnie, co do objawów przedmiotowych; 2) przy wiądzie rdzenia wstrzykiwania salwarsanu wywołują tylko podmiotowe polepszenie, tłómaczące się widocznie drogą psychiczną. Trzebiński.

W. Bechterew. **O lokalizacyi ośrodka wzrokowego korowego na wewnętrznej powierzchni potylicznego płatu u psów.** (Obozr. Psichiatr., Nr 8, 1911). Autor przypomina swoje badania, przeprowadzone jeszcze w r. 1890, w których wykazał, że wbrew twierdzeniu Munka, a zgodnie z klinicznemi spostrzeżeniami, korowy ośrodek wzrokowy znajduje się również u psów na wewnętrznej powierzchni płatu potylicznego. Uszkodzenia zewnętrznej powierzchni tegoż płatu, gdzie Munk właśnie lokalizuje ów ośrodek, wywołują niedowidzenie połowicze tylko wtedy, kiedy sięgają do pewnej głębokości, to jest wtedy, kiedy dotyczą nie kory, lecz dróg doprowadzających. Poglądy, wypowiedziane wówczas przez autora, potwierdziły następnie wykonane w jego pracowni badania Agadżanowa.

Dalsze studya, przeprowadzane w pracowni Bechterewa, począwszy od r. 1886 przez Gerwera i Bielickiego, wykazały, że przy drażnieniu przyśrodkowych (medialnych) i bocznych (lateralnych) części zewnętrznej powierzchni zrazu potylicznego występują w jednakowy sposób ruchy oka w stronę przeciwną, natomiast drażnienie przednich okolic zewnętrznej powierzchni tegoż płatu wywołuje ruchy obu oczu w przeciwną stronę i ku górze, a drażnienie tylnej okolicy ruch w stronę przeciwną i ku dołowi. Doświadczenia na małpach wykazały też, że w przednich okolicach zewnętrznej powierzchni płatu potylicznego oraz w okolicy przejścia jego w płat ciemieniowy znajdują się obustronne ośrodki ruchów źrenicy, a Bielicki stwierdził, że również na zewnętrznej powierzchni tych płatów znajdują się ośrodki akomodacyjne.

Ośrodki te autor uważa (jak to zresztą zaznaczono w jego dziele »Czynności mózgu«) za ośrodki odruchowe w tem znaczeniu, że od wczesnego dzieciństwa z pewnem wzrokowem poczuciem i wyobrażeniem kojarzą się właściwe ruchy oczu, mające swe ośrodki razem z ośrodkami czuciowymi. To też usunięcie owych ośrodków nie wywołuje u zwierząt zniesienia odnośnych samodzielnych ruchów, tylko zniesienie wzroku i z nim ściśle związanych złożonych aktów ruchowych.

Zgodnie z zapatrywaniami, wypowiedzianemi już we wspomnianem powyżej dziele (Czynności mózgu), według których w ośrodkach korowych należy widzieć ośrodki kojarzących się zespołów (kompleksów) w tem znaczeniu, iż w nich jednocześnie rozwijają się czynności czuciowe i odruchowe, windykuje autor takie samo znaczenie dla korowych ośrodków wzrokowych, których czuciowa i odruchowa działalność wytwarza się drogą pobudek, otrzymywanych z siatkówki w ciągu całego życia, przyczem rolę dośrodkowego ośrodka (centrum) odgrywa przedewszystkiem wewnętrzna, odśrodkowego zaś zewnętrzna powierzchnia płatu potylicznego (chociaż ten ostatni podział zupełnie ściśle przeprowadzić się nie da). Odruchy te mają dla aktu wzrokowego wielkie znaczenie, gdyż bez ich istnienia sam narząd wzrokowy nie mógłby przystosować się automatycznie do każdorazowych warunków. W analogiczny sposób też tłómaczą się pewne zaburzenia wzrokowe przy uszkodzeniu zakrętu esowatego (gyr. sigmoid.), gdzie mieszczą się skojarzone ośrodki odruchów czuciowo .skórno-mięśniowych. Na zakończenie przypomina autor, że ostatnimi czasy Munk i Minkowski podkreślają znaczenie »areae striatae« dla działalności kory mózgowej, co przemawiałoby za stwierdzoną przez autora rolą wewnętrznej okolicy płatu potylicznego w akcie wzrokowym. S. Trzebiński.

Pedyatrya.

Ssokolow. **Mors thymica i asthma thymicum u dzieci.** (Archiv. f. Kinderheilkunde, T. 57). Na podstawie bardzo rozległej dotyczącej tego przedmiotu literatury i własnych spostrzeżeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) W warunkach prawidłowych grasica rośnie i w życiu pozapłodowem, i to najbardziej do szóstego roku, następnie wolniej do 14. roku życia. 2) Stan grasicy jest w ścisłym związku ze stanem odżywienia dziecka, a mianowicie przy upośledzonem odżywieniu grasica zmniejsza się i niknie, a przy powrocie do dobrego stanu odżywienia tkanka gruczołowa się odnawia. 3) Wycięcie gruczołu u zwierząt wywołuje zwiększenie ilości ciałek czerwonych, nie wpływa jednak ani na jakość, ani na ilość ciałek białych i nie wywołuje żadnych zmian w ustroju. 4) Czynność grasicy stoi w związku z czynnością śledziony, gruczołu tarczowego i jąder; najściślejszy jest związek z gruczołem tarczowym. 5) Wstrzyknięcie wyciągu z grasicy może u zwierząt wywołać śmierć z obniżeniem ciśnienia krwi i zwolnieniem tętna. 6) W wielu przypadkach karmienie grasicą może zastąpić karmienie gruczołem tarczowym. 7) Grasica jest narządem ważnym dla rosnącego ustroju dziecięcego, gdyż wydzielina grasicy ma doniosłe znaczenie dla przemiany materyi. 8) Błędnem jest mniemanie, jakoby powiększona grasica była przyczyną nagłej śmierci u dzieci; zejście śmiertelne w tych przypadkach jest w związku ze zmia-

nami patologicznemi przemiany materyi w ustroju, a od tych zmian patologicznych jest także zależne powiększenie grasicy, jak i innych gruczołów. 9) »Mors thymica« w następstwie przerostu grasicy można tylko uważać za wywołaną przez poprzedzające tę śmierć napady dychawicy. 10) Dychawica grasicza jest w bezpośrednim związku z powiększeniem grasicy. Dr J Ld.

Sommerfeld. **Przyczynek do epidemiologii błonicy.** (Archiv. f. Kinderheilkunde, T. 57). Wynik badań autora: 1) Prątek błonicy znajduje się często w gardle osób zdrowych, nie wywołując zmian chorobowych. Znajduje się on tylko u osób, stykających się z chorymi na błonicę. 2) Prątki z tych zdrowych przenosicieli są w doświadczeniu na zwierzęciu równie silnie chorobotwórcze, jak prątki z osób chorych. 3) U dzieci, które przebyły błonicę, można jeszcze po upływie kilku miesięcy wykazać prątki na błonie śluzowej gardła. 4) Na razie niema jeszcze odpowiedniego środka dla zniszczenia prątków na błonie śluzowej. 5) Odkażenie mieszkania po błonicy jest konieczne, gdyż prątki błonicze utrzymują się na przedmiotach martwych i są zdolne do dalszego rozwoju. 6) Nie jest koniecznem przetrzymywać dziecko w szpitalu dopóty, aż prątków wykazać nie można, ponieważ doświadczenie poucza, że wyzdrowieńcy tacy, dostając się do domu, stykają się znowu z osobnikami, roznoszącymi prątki błonicze. 7) Wielkie znaczenie ma odosobnienie zdrowych roznosicieli, jeżeli chodzi o zwalczanie błonicy w zakładach zamkniętych. 8) Dopóki nie mamy środka dla szybkiego uwolnienia od prątków przenosicieli zdrowych, dopóty zwalczanie błonicy ograniczyć się musi do wczesnego rozpoznania choroby i wczesnego leczenia surowicą. Dr J. Ld.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 10. I. 1912.

Przewodniczący Prof Cybulski; obecnych 30 członków.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Sekretarz stały Dr Damski przedstawia następujące sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego za r. 1911:

»Gdyby zachodziła potrzeba w krótkich słowach określić ruch, życie i postęp w naszem Towarzystwie za rok ubiegły, to powiedziećby należało, że życie to płynęło spokojnie, zbyt może spokojnie, starem utartem korytem; — a więc nie cofnęliśmy się wstecz ani co do liczby posiedzeń naukowych, ani demonstracyi klinicznych, jak zawsze braliśmy udział we wszystkich sprawach, świat lekarski obchodzących, z ogólnej liczby członków nie straciliśmy nikogo, prócz tych, których nam śmierć zabrała, nowych jak corocznie niewielu przybyło, dyskusye na posiedzeniach naukowych były dość żywe, liczba uczestników wahała się zawsze w jednakowych umiarkowanych granicach, a uczestnicy byli prawie zawsze jedni i ci sami, i oto wszystko.

Brakowało zaś, jak w poprzednich latach, tak i w roku ubiegłym, owego silniej zaakcentowanego zajęcia się Towarzystwem, które powinno skupiać i łączyć wszystkie miejscowe siły lekarskie w celu wymiany zdań w kwestyach naukowych, powinno zabierać głos rozstrzygający w sprawach higieny społecznej, a tem samem być ważnym czynnikiem w życiu obywatelskiem. Tego było zbyt mało, a wszelkie wysiłki tak poprzednich, jak i ustępującego zarządu, nie odnosiły dodatnich skutków. Być może, że przyczyną tego jest zbyt wygórowany altruizm świata lekarskiego, który w całości poświęcając się innym, zbyt mało myśli o sobie i zatraca zdolność do organizowania się czy to w stowarzyszeniach o celach naukowych, czy ekonomiczno-społecznych. Dowodem tego jest nietylko Towarzystwo lekarskie, ale i Izba lekarska i Związek krajowy, który również nie zdołał zrzeszyć wszystkich lekarzy ku pracy w celu poprawy ich ekonomicznych stosunków.

Przechodząc do szczegółowego sprawozdania, nadmieniamy, że w r. 1911 odbyło się 18 posiedzeń naukowych, a 20 odczytów, a to z zakresu medycyny wewnętrznej (4), chirurgii (1), ginekologii (1), syfilidologii (3), higieny i bakteryologii (5), fizyologii (3), ogólnej patologii (2), balneologii (1). Demonstracyi było 55, z czego najwięcej z kliniki chirurgicznej (22) i z zakresu chorób skórnych i wenerycznych (16). Liczba członków, biorących udział w posiedzeniach, wahała się między 28 a 64.

Członków zwyczajnych miało Tow. lek. z końcem roku 1911 — 195, z tego nowo przystąpiło 10, honorowych 40, korespondentów 50.

Wskutek śmierci straciliśmy nadzwyczajnie sympatyczną postać naszego Towarzystwa, byłego wiceprezesa Dra Józefa Zanietowskiego, który, choć w podeszłych latach, zajmował się żywo naszą instytucyą i niemal do ostatnich chwil życia brał udział w posiedzeniach naukowych. Zmarł także jeden ze starszych naszych członków, Dr Izydor Jurowicz, prymaryusz szpitala izraelickiego. Cześć ich pamięci!

Tyle co do spraw wewnętrznych.

Z uroczystych chwil, jakie przeżył polski świat lekarski w ubiegłym roku, pierwsze miejsce należy się Zjazdowi polskich lekarzy i przyrodników. który się odbywał w mieście naszem od 18—22 VII, a był świadectwem żywotności i postępu nauki polskiej, i 50-leciu istnienia organu naszego Towarzystwa, »Przeglądu lekarskiego«. Szczegółów nie podajemy. Dokumentami pierwszego święta jest wydawany w swoim czasie »Dziennik Zjazdu« i wkrótce mający się ukazać »Pamiętnik« tegoż, dokumentem roku jubileuszowego »Przeglądu« jest wspaniały treścią i rozmiarem numer jubileuszowy, wskrzeszający na naczelnem miejscu niezapomniane postacie Dietlów, Majerów, Skoblów i i. Na uroczystem posiedzeniu w d. 17. VII., odbytem z powodu jubileuszu, który zaszczyciło swoją obecnością 25 delegacyi z całego obszaru ziem polskich i liczni przedstawiciele innych narodów słowiańskich, zamianowaliśmy 24 członków honorowych. Wspomnieć jeszcze należy, że w czasie Zjazdu odbyło się pod przewodnictwem Prof. Wicherkiewicza posiedzenie Centralnego Komitetu lekarskiego słowiańskiego w celu obrony idei narodowej na kongresach lekarskich międzynarodowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, zastępowane przez prezydyum, brało udział w rzadkiej uroczystości odnowienia po 50-letniej pracy dyplomu doktorskiego swego członka honorowego, Prof. Dra L. M. Jakubowskiego. Na I Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego w Łodzi zastępował nasze Tow. Prof. Dr Ciechanowski.

Przechodząc do spraw natury administracyjnej, zaznaczamy, że w lutym (19. II.) ubiegłego roku brało Tow nasze przez 9 delegatów swoich po raz pierwszy jako równouprawnione udział w Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, na którem przewodniczył nasz delegat Prof. Dr Kostanecki. Szczegółowego sprawozdania, znanego zresztą PP. Kolegom z lwowskiego Tygodnika lekarskiego, nie podajemy.

Nasze wewnętrzne czynności administracyjne załatwiane były na 9 posiedzeniach Komitetu, a wyczerpujące sprawozdania przedstawią Koledzy, zawiadujący poszczególnymi działami naszego zarządu«.

Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

3) Bibliotekarz Dr Blassberg przedstawia sprawozdanie ze stanu biblioteki w r. 1911.

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w roku 1911 392 dzieł i 68 wydawnictw peryodycznych oraz czasopism, tak, że dnia 31. XII. 1911 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 8797 dzieł i 539 wydawnictw peryodycznych. Ruch biblioteczny był ożywiony. W roku 1911 wypożyczono z biblioteki książek lub pism 229, zwrócono 167, zostaje zaległych 62. Nadto

z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 45 książek lub czasopism. Liczba członków korzystających z biblioteki w r. 1911 wynosiła 53. Godziny urzędowe były codziennie od 12—1 w południe. Płatny pomocnik bibliotekarza był stale czynny przez cały rok przez jedną godzinę dziennie. Dary: Szczególniejszą opieką otaczał bibliotekę Prof. Ciechanowski, który nadto darował bibliotece cały szereg cennych kompletnych dzieł i roczników. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku bieżącym znaczniejsze dary w książkach od Radcy Dworu Prof. Wicherkiewicza, oraz od Dra Baschkopfa i p. Zofii Wojciechowskiej (księgozbiór po śp. Drze Macieju Muszyńskim) z Krakowa, nadto od Redakcyi »Tygodnika lekarskiego« ze Lwowa, Dra Serkowskiego z Warszawy, Prof. Haškoveca z Pragi i Dra Pragera z Maryenbadu«.

4) Skarbnik Dr Akerman zdaje sprawę z wydatków i dochodów Towarzystwa.

5) Podskarbi komisyi redakcyjnej Dr B. Wojciechowski zdaje sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

6) Na wniosek komisyi sprawdzającej, przedstawiony przez Dr Cerchę, udzielono Zarządowi absolutoryum, a na wniosek tejże komisyi i Prof. Dr Ponikły uchwalono wśród oklasków wyrazić uznanie kol. Blassbergowi, Akermanowi i Wojciechowskiemu.

7) Przewodniczący komisyi »bojkotowej«, Dr Józef Zanietowski, przedkłada następujące sprawozdanie:

»Członkowie komisyi »bojkotowej«, właściwie zwanej »komitetem popierania krajowego przemysłu lekarskiego«, wraz ze swoim prezesem Drem Zanietowskim, będącym z woli Towarzystwa lekarskiego delegatem tegoż Towarzystwa do instytucyi, mających na celu popieranie krajowego zdrojownictwa i przemysłu zdrojowego, zadanie swoje wedle sił starali się wypełnić. To też pojedynczo lub grupami brali udział w pracach Polskiego Tow. balneologicznego w Krakowie, Krajowego Związku Zdrojowisk we Lwowie i centralnej organizacyi lekarskiej w Wiedniu, do których Zarządu należeli. Również w pracach przygotowawczych około urządzenia przez Polskie Tow. balneologiczne wystawy balneologicznej podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie, jakoteż w pracach redakcyjnych około wydawnictwa »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego« i »Przewodnika po zdrojowiskach i uzdrowiskach Galicyi«, wydawanych przez Tow. balneologiczne, wreszcie w deputacyach do władz krajowych i centralnych, z ramienia różnych organizacyi wysłanych w sprawach podniesienia naszego zdrojownictwa, czynny brali udział. Przed tegorocznym sezonem wydrukowana została nadto odezwa komisyi bojkotowej, nawołująca publiczność do popierania krajowych zdrojowisk i rozszerzona przy pomocy główniejszych pism lekarskich i politycznych; również rozpowszechniono przy pomocy wydawnictw Towarzystw balneologicznych pierwszą mapę polskich zdrojowisk, wykonaną przez Dra Zanietowskiego, oraz tegoż broszurę o pięćdziesięcioletniej działalności Tow. lekarskiego na polu popierania zdrojownictwa, którą wydano z powodu jubileuszu »Przeglądu lekarskiego«. Inne szczegóły działalności członków komisyi bojkotowej, nie należące ściśle do spraw Towarzystwa lekarskiego, podane będą w sprawozdaniach odnośnych organizacyi«.

8) Dr Damski, jako członek komisyi dla spraw Morszyna, wybranej przez Towarzystwo lekarskie galicyjskie, przedkłada następujące sprawozdanie:

»Stan finansowy fundacyi Stillerów, mającej za zadanie wspierać wdowy i sieroty po lekarzach, członkach Tow. lek. gal., przedstawia się bardzo źle. W r. 1891 (rok zatwierdzenia fundacyi) majątek tej fundacyi składał się z posiadłości »Morszyn«, wolnej od wszelkich długów i z gotówki 42.993 kor. W r. 1897 kapitał ten zmalał do 24.000 kor., a obecnie t. j. w r. 1911 stan jest następujacy: Posiadłość sama zaniedbana, las wycięty, zakład kąpielowy stojący przed ruiną; 113.902 kor. długów. Nie potrzeba dodawać, że wdowy i sieroty oddawna z fundacyi tej nie pobierają żadnych zapomóg, (działalność Tow. lek. gal. w tym względzie opiera się na innych zasobnych funduszach). Wprawdzie przy zapobiegliwości i energii Prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich rok ubiegły nie wykazał niedoboru, sprawy to jednak prawdopodobnie nie uratuje, bo niema funduszów na konieczne odnowienie zakładu kąpielowego i prawdopodobnie na najbliższem Walnem Zgromadzeniu Tow. lek. gal. rozstrzygnąć trzeba będzie, czy nie należałoby sprzedać Morszyna, aby uratować z tej fundacyi jakiś kapitał dla wdów i sierot po członkach Tow. lek. gal.

Przykry ten epizod gospodarczy podajemy Kolegom nie w celach krytyki, ale z obowiązku sprawozdawczego, odwołując się zarazem gorąco do wszystkich lekarzy polskich, aby, jeśliby Morszyn nie był sprzedany, pamiętać o nim, popierając i Zakład morszyński i znakomite przetwory wody morszyńskiej. Nasza komisya przemysłowa niewątpliwie gorliwie zajmie się tą sprawą«.

9) Prezes Prof. Cybulski, składając urzędowanie w ręce następcy, zwraca się do zebranych z gorącem wezwaniem do pracy w łonie Towarzystwa.

10) Prezydent Izby lek. Dr Schoengut wnosi podziękowanie dla ustępującego prezesa, Prof. Cybulskiego, co przyjęto gorącymi oklaskami.

11) Prezes Dr Janiszewski, obejmując przewodnictwo, prosi kolegów o poparcie (przemówienie wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« Nr 2).

Sekretarz doroczny: Dr G. Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

76. Ogólne Zebranie w dniu 2. grudnia 1911.

Obecnych 20 członków. Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Fidler.

Kol. Przewodniczący otwiera dyskusyę nad budową szpitalika dziecięcego im. hr. Ożarowskich.

Kol. Kosicki składa ofertę p. Szumańskiego co do sprzedaży placu pod szpital. — Kol. Fidler składa ofertę panów: Radkowskiego i Krawczyka. — Kol. Przychodzki składa swoją własną ofertę.

Kol. Przewodniczący odczytuje projekt Ustawy szpitala dziecięcego im. hr. Ożarowskich.

Projekt Ustawy prywatnego szpitala dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich.

I. Przeznaczenie szpitala.

§ 1. Szpital dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich przeznaczony jest dla leczenia dzieci do lat czternastu z pierwszeństwem dla dzieci włościan wsi Brzóza z pow. Kozienickiego.

Szpital uskutecznia szczepienie ospy, posiada ambulatoryum oraz aptekę, bez prawa sprzedaży lekarstw.

§ 2. Ilość dzieci chorych w szpitalu oznacza jego Zarząd zależnie od ilości miejsc i zasobów materyalnych.

II. Zarząd szpitala.

§ 3. Szpital podlega nadzorowi Radomskiej Rady Gubernialnej Dobroczynności Publicznej pod względem lekarsko-policyjnym, a to stosownie do § 361 Ustawy o Dobroczynności Publicznej.

§ 4. Szpital pozostaje pod kierownictwem Zarządu, składającego się z 9 członków rzeczywistych, którzy z pośród siebie wybierają Prezesa.

Na miejsce członka zmarłego lub ustępującego z powodu niemożności pełnienia obowiązków Zarząd powołuje z pośród osób płci obojga członka nowego według swego uznania, o ile osoba powołana wyrazi na to swoją zgodę.

Uwaga I. Pierwszy Zarząd Szpitala składać się będzie z 9 osób, powołanych przez Jana hrabiego Zamoyskiego i Kazimierza Olszowskiego adwokata przysięgłego, jako egzekutorów testamentu własnoręcznego ś. p. Adeli hr. Ożarowskiej z dnia 25. maja 1810 r., z zapisu której Szpital założony został.

Uwaga 2. Oprócz członków rzeczywistych, wymienionych w § 4, do składu Zarządu należy naczelny lekarz Szpitala z prawami członka rzeczywistego, a w razie wprowadzenia do gubernii Królestwa Polskiego samorządu miejskiego i jeden z członków Zarządu miasta, przez Zarząd ten delegowany; wreszcie, o ileby założone zostało w Radomiu Towarzystwo Pomocy dla Szpitala, niniejszą ustawą objętego, do Zarządu wejdzie jeden członek, przez Towarzystwo to z pośród swoich uczestników wyznaczony.

Uwaga 3. Obok członków rzeczywistych Zarządu przy Szpitalu funkcyonować będą uproszone przez Zarząd opiekunki dla ściślejszej kontroli nad pielęgnowaniem chorych dzieci i zaspokajaniem ich potrzeb. Dwie z pośród tych opiekunek mogą być powołane przez Zarząd w charakterze członków rzeczywistych do udziału w obradach nad sprawami szpitalnemi.

§ 5. Wszelkiemi sprawami i interesami Szpitala w najobszerniejszem znaczeniu wyrazu zawiaduje Zarząd, do atrybucyi którego należy między innemi: 1) układanie i zatwierdzanie budżetu wydatków na utrzymanie szpitala, 2) przyjmowanie i zwalnianie lekarzy i określanie ich wynagrodzenia; 3) przyjmowanie Sióstr Miłosierdzia do pielęgnowania chorych, jak również do zarządzania oddzielnemi gałęziami gospodarstwa szpitalnego, określanie wysokości ich wynagrodzenia w gotowiźnie lub w naturaliach, zawieranie w tej mierze umów; 4) przyjmowanie i zwalnianie personalu szpitala, określanie pensyi, 5) strzeżenie całości majątku szpitalnego i zarządzanie tymże majątkiem; 6) przyjmowanie zapisów, darowizn; 7) podnoszenie wszelkich sum, jakieby szpitalowi przypadać mogły z jakiegokolwiekbądź tytułu, realizowanie wszelkich należności Szpitala na warunkach według uznania Zarządu, otrzymywanie wszelkich sum hipotecznych czy to wprost od dłużników i wykreślanie ich z hipotek, czy to od osób trzecich przez podstawienie ich w prawa hipoteczne szpitala lub w drodze cessyi i przepisywanie na rzecz tychże osób trzecich otrzymanych sum w odnośnych księgach hipotecznych; 8) nabywanie nieruchomości i ruchomości dla Szpitala potrzebnych, sprzedawanie tychże, jak również wypuszczanie w dzierżawę majątków nieruchomych Szpitala; 9) decydowanie o sposobie utrzymania dzieci i służby oraz o sposobie zaspokajania potrzeb Szpitala; 10) wznoszenie budowli nowych i remont dawnych; 11) wydawanie wewnętrznych regulaminów, uzupełnianie i zmienianie ich; 12) zaprowadzanie zmian w opłatach za leczenie z zachowaniem przepisu § 18 niniejszej ustawy, jak również przyjmowanie chorych dzieci do szpitala bezpłatnie lub za zniżoną opłatą; 13) umarzanie kosztów leczenia, których ściągnięcie okazało się niemożliwe; 14) ustanawianie opłaty za chowanie zwłok, w wypadkach, gdy rodzina lub opieka nie zajmie się pogrzebem w ciągu dni trzech po zaszłym zgonie; 15) dążenie do możliwego rozszerzenia działalności szpitala, wprowadzenie w nim wszelkich ulepszeń przez naukę wskazanych, zawieranie wszelkich umów i kontraktów prywatnych, rejentalnych i hipotecznych; 17) prowadzenie wszelkich spraw szpitala z władzami administracyjnemi oraz instytucyami społecznemi, 19) udzielanie pełnomocnictw; 20) składanie corocznych sprawozdań Gubernialnej Radzie Dobroczynności publicznej w Radomiu oraz Zarządowi Głównemu do Spraw Gospodarstwa Miejskiego, stosownie do przepisów Ustawy o Dobroczynności Publicznej; 21) ostateczna decyzya, po zasięgnięciu opinii Ogólnego Zebrania członków Towarzystwa Pomocy dla szpitala (o ile takowe zostanie założone), w przedmiocie oddania tegoż szpitala pod zawiadywanie Zarządu Miejskiego, w razie wprowadzenia do kraju samorządu miejskiego.

§ 6. Dla prawomocności uchwał Zarządu niezbędna jest obecność trzech członków.

§ 7. Decyzye Zarządu zapadają prostą większością głosów; w razie równości głosów, głos Prezesa przeważy. Z każdego posiedzenia winien być niezwłocznie po jego ukończeniu sporządzony protokół i podpisany przez członków na posiedzeniu obecnych.

§ 8. Rewizye funduszów i sprawozdań finansowych szpitala ma prawo uskuteczniać Gubernator Radomski w myśl Artykułu 445 Ust. o Dobr. Publ. (red. 1908 r.).

III. Fundusze szpitala.

§ 9. Fundusze szpitala składają się: 1) Z sumy rubli 200.000 w gotowiźnie, zapisanej na rzecz szpitala przez ś. p. Adelę hr. Ożarowską, urodzoną Mattissen, na mocy testamentu własnoręcznego z dnia 25. maja 1910 r., otwartego i ogłoszonego przez Prezesa Sądu Okręgowego Warszawskiego dnia 12 października 1911 roku i oddanego w oryginale do przechowania Stanisławowi Rzepeckiemu, notaryuszowi przy Warszawskim Sądzie Okręgowym; 2) z sumy 71.000 rubli w 4% listach zastawnych Towarzystwa Kredyt. Ziem. w Królestwie Polskiem, zapisanej przez ś. p. hr. Adelę Ożarowską na mocy tegoż testamentu; suma ta zgodnie z jego brzmieniem wpłynie do kasy szpitala po ustaniu dożywoć, przez testatorkę na rzecz osób prywatnych ustanowionych, do tego zaś czasu znajdować się będzie w depozycie w Banku handlowym w Warszawie, jako własność szpitala. Majątek powyższy powiększany być może darowiznami i zapisami, jakie w przyszłości na rzecz szpitala czynione być mogą.

Egzekutorowie testamentu hr. Ożarowskiej: Jan hr. Zamoyski i Kazimierz Olszowski adwokat przysięgły zdecydują z prawem głosu stanowczego łącznie z Zarządem szpitala, jaka część zapisanej przez hr. Ożarowską sumy obróconą być winna na wzniesienie szpitala i jego umontowanie, oraz jaka część i gdzie ma być zdeponowana jako fundusz wieczysty, od którego procenta używane będą na jego utrzymanie.

Środki utrzymania szpitala są następujące: a) procenta od tylko co wymienionej części sumy, na rzecz szpitala przez hr. Ożarowską zapisanej; b) opłata za leczenie chorych dzieci, pobierana stosownie do § 18 niniejszej ustawy; c) ofiary, złożone przez dobroczyńców szpitala w gotowiźnie, ruchomościach, wiktuałach i t. p.; d) dochody z darowizn i legatów, na rzecz szpitala uczynionych; e) sumy otrzymywane od Towarzystwa Pomocy dla Szpitala, o ile takowe będzie utworzone; f) dochody przypadkowe.

§ 10. Dla zbierania ofiar, stosownie do Art. 421 Ust. o Dobr. Publ., zaprowadzone będą puszki po uprzedniem uzyskaniu pozwolenia Rady Guoernialnej Dobroczynności Publicznej.

§ 11. W razie ofiarowania na rzecz szpitala odpowiedniego funduszu z przeznaczeniem procentu na utrzymanie jednego lub kilku łóżek, łóżka te nosić będą nazwiska ofiarodawców.

§ 12. Remanenty pozostałe po zaspokojeniu wszelkich wydatków szpitala w danym roku, zaliczają się na kapitał zapasowy.

§ 13. Kapitały szpitala w miarę gromadzenia się winny być lokowane w papierach procentowych państwowych lub przez Rząd gwarantowanych i przechowywane w instytucyach Banku Państwa, w Kasach Oszczędności Państwowych albo też w solidnych instytucyach finansowych prywatnych. Do tychże instytucyi powinny być wpłacane na rachunek bieżący fundusze obrotowe szpitala i tylko gotowizna na wydatki bieżące, w wysokości oznaczonej przez Zarząd, może pozostawać w rękach odnośnej osoby z administracyi szpitala.

Darowizny i zapisy uczynione na rzecz szpitala w sumach hipotecznych mogą nadal na tychże hipotekach pozostawać, o ile Zarząd uzna to za właściwe.

IV. Prawa i obowiązki szpitala.

§ 14. Szpital posiada pieczęć »Szpital prywatny dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich«.

§ 15. Nieruchomość szpitala, wszelkie jego ruchomości jako też kapitały stanowią wyłączną własność szpitala i na inny cel użyte być nie mogą.

§ 16. Bezpośredni zarząd szpitalem należy do naczelnego lekarza, w zakres obowiązków którego wchodzi: 1) przyjmowanie, leczenie i uwalnianie ze szpitala chorych dzieci oraz kierownictwo szpitala pod względem leczniczym; 2) składanie corocznie miejscowemu Urzędowi Lekarskiemu sprawozdań szczegółowych o działalności szpitala według wzoru przez tenże Urząd przepisanego; 3) składanie Urzędowi Lekarskiemu peryodycznych wykazów stosownie do przepisów obowiązujących i rozporządzeń Władzy; 4) zawiadamianie Urzędu Lekarskiego o każdym wypadku zgonu jako też zawiadamianie o tem policyi miejscowej i osób, które oddały dziecko do szpitala; 5) osobista obecność podczas rewizyi szpitala przez Gubernialnego Inspektora Lekarskiego lub inne osoby urzędowe i zapewnienie im w tym razie wszelkiego współudziału.

V. Sposób przyjmowania, utrzymywania i wypisywania ze szpitala.

§ 17. Sposób przyjmowania do szpitala, utrzymania chorych dzieci i wypisywania ich ze szpitala określa Zarząd z zastosowaniem się do Ustawy Normalnej o lecznicach prywatnych z dnia 4. września 1903 roku.

Uwaga. Do szpitala nie będą przyjmowane dzieci, dotknięte idyotyzmem, epilepsyą, zaraźliwem zapaleniem oczów, syfilisem i wogóle chorobami chronicznemi i nieuleczalnemi. Dziecko, u któregoby po przyjęciu na kuracyę zauważono jakąkolwiek z tych chorób, winno być natychmiast ze szpitala wypisane i do właściwego szpitala skierowane.

§ 18. Opłata za leczenie i utrzymanie w szpitalu wynosi

kopiejek 75 dziennie. Zmiana wysokości tej opłaty należy do atrybucyi Zarządu, który będzie mieć przytem na uwadze zmiany zaprowadzone w szpitalach, będących w zawiadywaniu Rady Gubernialnej Radomskiej.

O każdej zmianie opłaty Zarząd Szpitala powiadomi Radę Gubernialną Dobroczynności Publicznej w Radomiu.

Osoby, dotnięte chorobami chirurgicznemi lub infekcyjnemi, wymagającemi specyalnych zabiegów, mogą być przyjmowane do Szpitala na warunkach, określonych w każdym poszczególnym wypadku w drodze oddzielnej umowy.

§ 19. Opiekunowie, lub krewni zmarłego dziecka powinni w ciągu dni trzech postarać się o zabranie jego ciała, gdyby wszakże zmarłe dziecko nie miało ani krewnych, ani opiekunów, to pochowane zostanie kosztem szpitala. Opłaty za tego rodzaju pogrzeb ustanawiane będą z roku na rok przez Zarząd Szpitala.

§ 20. Wykaz należności za leczenie w szpitalu, nie zapłaconych dobrowolnie, komunikowany będzie przynajmniej co kwartał przez Zarząd Szpitala Gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej w Radomiu, która przystąpi do wyegzekwowania rzeczonych należności na zasadach, przepisanych co do egzekwowania kosztu leczenia w szpitalach publicznych, i wyegzekwowane pieniądze prześle Zarządowi Szpitala.

Radomskiej Gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej przysługuje prawo sprawdzania wysokości należności, podanych do wyegzekwowania przez Zarząd Szpitala.

Po dłuższych debatach uchwalono następujące zmiany w Ustawie:

A) § 3. punkt 20. § 5. § 8. punkta 3. 4. 5. § 16. oraz § 17. jako zgodne z istniejącem prawodawstwem nie podlegają dyskusyi. § 20. jako niezgodny z istniejącem prawodawstwem, dla prawomocności którego należałoby Ustawę przeprowadzić przez Izbę Państwową, ulega wykreśleniu.

B) § 4. zmienia się w sposób następujący: iż Zarząd składa się z dziesięciu członków, w ich liczbie lekarz, wybrany przez Tow. Lek. Radomskie, jako jego przedstawiciel. W końcu tegoż § po słowie »zgodą« dodać, iż na miejsce przedstawiciela Tow. Lek. Rad. po jego śmierci lub ustąpieniu powołany być musi lekarz, trybem powyżej wskazanym wybrany. W uwadze pierwszej § 4 dodać na końcu: »oraz dziesiąty członek, lekarz, przedstawiciel Tow. Lek. Rad. (Motywa: Tow. Lek. Radomskie wychodziło z założenia, iż zarówno do narad przedwstępnych oraz do budowy, a także do zarządzania sprawami szpitalnemi powinien być powołany fachowiec lekarz w celu dokładnego informowania Zarządu o potrzebach szpitalnych i sposobach należytego kierowania sprawami szpitala. Brak lekarza w Zarządzie wbrew istniejącemu zwyczajowi wydałby się dziwnym i mógłby wpłynąć niekorzystnie na bieg spraw szpitalnych. Obecność w Zarządzie naczelnego lekarza, jako funkcyonaryusza, pomimo wysokiej powagi nie gwarantuje należycie sądu i opinii fachowych kół lekarskich).

W uwadze drugiej § 4 zamiast Zarządu miasta umieścić »Rady miejskiej«, zamiast »Zarząd« — »Radę tę«, zamiast »do Zarządu wejdzie jeden członek« zmienić »dwóch członków«, zamiast »wyznaczonych« — »wybranych«. (Motywa: Zarząd miejski składać się będzie przypuszczalnie z trzech osób, jako wykonawców dyrektyw Rady miejskiej. Słuszniejszą tedy wydawałoby się rzeczą, aby do Zarządu szpitala wszedł jeden członek Rady miejskiej, aniżeli jeden członek trójgłowego i obarczonego licznemi sprawami Zarządu. Daleko bowiem łatwiej wśród członków Rady miejskiej znaleźć chętnego i obeznanego ze sprawami szpitalnemi człowieka, aniżeli wśród szczupłego Zarządu. Ponieważ Tow. Pomocy dla szpitala będzie zbierało fundusze na utrzymanie tegoż, przeto słusznem się wydawało, aby to Tow. posiadało dwóch przedstawicieli w Zarządzie, gdyż sprawy finansowe stanowić będą oś spraw szpitalnych. Towarzystwo też powinno posiadać prawo wybierania z pośród siebie najgodniejszych członków).

Uwagę trzecią wykreślić. (Motywa: Instytut opiekunek dla ściślejszej kontroli nad pielęgnowaniem chorych dzieci i zaspokajania ich potrzeb jest nietylko zbyteczny, ale wprost szkodliwy. Bezpośredni nadzór nad powyższemi sprawami spoczywać będzie w ręku naczelnego lekarza, bezpośrednie wykonanie zgodnie z ordynacyą tegoż należeć będzie do Sióstr Miłosierdzia i niższej służby szpitalnej. Wprowadzenie trzeciego czynnika pomiędzy powyższe dwie organizacye grozi wytworzeniem nieustannych starć, gdyż nieumiejętne obchodzenie się z choremi dziećmi szpitalnemi, z drugiej zaś strony pewna supremacyą opiekunek nad Siostrami Miłosierdzia, a także może chęć kontrolowania czynności lekarskich, wytworzy chaos i osłabi sprężystość w kierowaniu szpitalem. Ponieważ Siostrom Miłosierdzia można całkowicie zaufać, przeto instytut kontrolujący jest zupełnie zbyteczny, tembardziej, iż próby, robione w tym kierunku, jak stwierdzają lekarze szpitalni, nie dały dobrych wyników, co też zmusiło do wyrzeczenia się pomocy społecznej w powyższej formie. Jeśli ustawodawcy mieli na widoku zbieranie środków na pierwsze potrzeby szpitala przy pomocy kobiet, jako ruchliwego czynnika agitacyjnego, to mogli to uczynić, zagwarantowawszy w Ustawie Tow. pomocy, by do Zarządu jego weszły obowiązkowo kobiety).

W całej ustawie wykreślić wyraz »rzeczywisty«, gdyż Ustawa nie przewiduje innych członków.

W § 5. wykreślić wyrazy »między innemi«, gdyż atrybucye Zarządu są należycie wyspecyfikowane.

W punkcie drugim § 5. zmienić w sposób następujący: »mianowanie, zwalnianie naczelnego lekarza oraz określenie jego wynagrodzenia«. (Motywa: Uszczuplenie kompetencyi Zarządu w tym punkcie jest niezbędne z tego względu, iż dla prawidłowego kierownictwa szpitalem koniecznem jest, aby naczelny lekarz miał prawo dobierać sobie odpowiednich współpracowników, na których wiedzy i sumienności mógłby polegać i by nad nimi sprawował jurysdykcyę, przedstawiając ich jedynie Zarządowi do zatwierdzenia i uwolnienia. Niezależność młodszych ordynatorów od naczelnego lekarza grozić może częstymi między nimi konfliktami ze szkodą dla szpitala).

W punkcie trzecim § 5. winno być »zawieranie umów z Siostrami Miłosierdzia«. Wykreślić drugą część, poczynając od słów »oddzielnemi gałęziami«. (Motywa: Sposób podziału czynności pomiędzy Siostrami określa starsza Siostra, zaś wysokość wynagrodzenia oznacza Zarząd Instytutu Sióstr św. Kazimierza w Warszawie).

Punkt czwarty zmienić w następujący sposób: »zatwierdzanie i zwalnianie młodszych ordynatorów szpitalnych na przedstawienie naczelnego lekarza oraz określenie pensyi«. (Motywa: Niższy personal służbowy powinien być zależny bezpośrednio od naczelnego lekarza. Jedynie ten sposób zarządzania gwarantuje dokładność wypełniania zleceń lekarskich i gospodarczych. Zarząd szpitala nie może wglądać w drobne szczegóły codziennego życia szpitalnego, przeto nie może być należycie informowany o działalności niższej służby szpitalnej).

Punkt 21. § 5. zredagować w sposób następujący: »Po zaprowadzeniu samorządu miejskiego w Król. Polskiem i z chwilą ukonstytuowania się władz miejskich w Radomiu szpital dziecięcy przechodzi pod zarząd miasta, zachowując swą nazwę dotychczasową i przeznaczone na jego utrzymanie fundusze. Od chwili powyższej ustają atrybucye i czynności dotychczasowego Zarządu szpitala. (Motywa: Chwiejny byt naszych szpitali zależy od niewłaściwego pojmowania zarówno przez społeczeństwo, jak i przez władzę, istotnych zadań i celów szpitalnictwa. Odziedziczone siłą rzeczy poglądy na szpital, jako na instytucyę dobroczynną, zawdzięczającą swoje powstanie w mniej więcej odległej przeszłości pojedynczym dobroczyńcom, wdrażały przekonanie w społeczeństwo, iż szpital nie stanowi instytucyi społecznej niezbędnej narówni ze szkołami, instytucyi, których znaczenie z biegiem czasu wskutek przeobrażeń społeczno-ekonomicznych wzrasta i które zaspokajają potrzeby lecznicze i zapobiegawcze (w chorobach zakaźnych) coraz szerszych kół społeczeństwa. Obojętność władz dla naszego społeczeństwa nie sprzyjała ani rozwojowi szpitali, ani też utrwaleniu ich bytu. Coraz bardziej złożone sposoby leczenia, wzrastające wymagania nowoczesne w urządzeniu i utrzymaniu szpitali, czynią utrzymanie szpitali coraz kosztowniejszem i trudniejszem dla braku należytych środków. Frekwencya szpitali wzrasta coraz bardziej, jakkolwiek poważne trudności w tym względzie, szczególniej dla ludności wiejskiej, stanowi opłata za leczenie względnie duża. Niejednokrotnie chorych wieśniaków odstrasza od szpitala ta ostatnia okoliczność lub też obawa niechęci ze strony gminy, która ponosić będzie koszta leczenia swoich niezamożnych chorych. Aby ułatwić dostęp do szpitala szerokim masom społecznym, podać racyonalną pomoc, a tym sposobem powiększyć zdrowotność mas, usunąć kalectwa i zmniejszyć ciężary, jakie ponosi społeczeństwo na utrzymanie inwalidów pracy — niezbędnem jest, by szpitale leczyły swoich chorych darmo lub też za minimalną opłatą. Natomiast ciężar utrzymania szpitali powinien spoczywać na barkach całego społeczeństwa, opłacającego odpowiedni podatek. Tym sposobem i zarząd szpitala powinien spoczywać na barkach samego społeczeństwa resp. jego samorządnych organizacyi: samorzędnych gmin miejskich i wiejskich. Kierując się

powyższymi względami Tow. Lek. Rad. uważało za właściwe uwypuklić swoje poglądy w kategorycznej redakcyi punktu 21 § 5).

W § 6. zmienić, jak następuje: »Dla prawomocności uchwał Zarządu niezbędna jest obecność przynajmniej połowy członków Zarządu, w których liczbie powinien być: prezes lub jego zastępca, naczelny lekarz i jeden członek Tow. pomocy dla szpitala«. (Motywa: Ponieważ na posiedzeniach Zarządu rozpatrywane będą sprawy administracyjne, finansowe i lekarskie, przeto wydawało się celowem, by obecni byli członkowie Zarządu, najbardziej z temi sprawami obznajmieni. Dla uniknięcia zaś przypadkowości w uchwałach Zarządu pożądana jest obecność przynajmniej połowy jego członków).

W punkcie 7. § 9. dodać »z zabaw, przedstawień teatralnych, koncertów, loteryi fantowych, odczytów, kiermaszów itp.«

W § 16. w punkcie pierwszym zmienić słowo »uwalnianie« na »wypisywanie« oraz dodać na końcu: »i administracyjnym«. (Motywa: Ponieważ bezpośredni zarząd szpitalem należy do naczelnego lekarza, przeto nieodłączną częścią jego czynności będzie zarządzanie administracyą szczegółową).

W tytule § 16. wykreślić: »między innemi«. (Motywa powyżej).

Do atrybucyi lekarza naczelnego dodać § 1a: »przedstawianie do zatwierdzania i uwalniania młodszych ordynatorów szpitalnych« i § 1b: »przyjmowanie i uwalnianie niższej służby szpitalnej«. (Motywa powyżej).

Uwagę do § 17. zredagować w sposób następujący: »Do szpitala nie będą przyjmowane dzieci, dotknięte idyotyzmem, padaczką (epilepsyą), chorobami umysłowemi i wogóle chorobami nieuleczalnemi. Dzieci, dotknięte jaglicą, będą przyjmowane o tyle, o ile będzie istniał oddział oftalmiczny. (Motywa: Byłoby bardzo pożądane, by do szpitala były przyjmowane dzieci z zaraźliwem zapaleniem oczów, gdyż ślepota, wynikająca wskutek zaniedbania cierpienia oczów, stanowi niestety znaczną odsetkę kalectw wśród ludu naszego. Ponieważ z chorób zaraźliwych oczu jedyna jaglica stanowi największe niebezpieczeństwo przeniesienia się zarazy na zdrowe dzieci, przeto ten gatunek chorych wykluczyliśmy z opieki szpitalnej dla braku izolacyjnego dla nich oddziału. Inne cierpienia oczów powinny znaleźć pomieszczenie w szpitalu. Dzieci, dotknięte przymiotem (syfilisem) powinny być przyjmowane do szpitala, gdyż przy odpowiednim nadzorze są nieszkodliwe dla otoczenia, zaś nieleczone albo umierają albo ulegają zwyrodnieniu. Tymczasem prawidłowe leczenie przywraca im zdrowie w krótkim czasie. Wykreśliliśmy z uwagi »cierpienia chroniczne«, gdyż do ich rzędu należące swoiste cierpienia wieku dziecięcego, jak gruźlica, zołzy i krzywica wymagają racyonalnego leczenia szpitalnego. Druga część uwagi ulega zupełnemu wykreśleniu ze względu na to, że stanowi powtórzenie resp. logiczny wniosek z pierwszej części uwagi).

§ 18. zredagować w sposób następujący: »Opłata za leczenie w szpitalu wynosi: 50 kop. na oddziale wewnętrznym i infekcyjnym, 75 kop. na chirurgicznym«.

Wykreślić ostatnią część § 18. od słów: »osoby dotknięte chorobami chirurgicznemi« do końca paragrafu. (Motywa: Wobec nieustannego panowania chorób zakaźnych w Radomiu, jak wogóle w całym kraju, niezbędne jest istnienie oddziału zakaźnego (infekcyjnego), bez którego szpital dzisiejszy straciłby wszelką racyę bytu. Zarówno w celu leczenia coraz bardziej złożonego, jakoteż w celach zapobiegawczych, istnienie tego oddziału jest konieczne. Tosamo da się powiedzieć o oddziale chirurgicznym. Mali pacyenci, podlegając operacyom lub innym rękoczynom chirurgicznym, jak ortopedya, miesienie, czuć się będą bardziej swojsko w otoczeniu małych towarzyszy niedoli, aniżeli dorosłych. Wreszcie specyalne zabiegi chirurgiczne dziecięce wymagają odpowiednich urządzeń, których brak w szpitalach ogólnych. Z tego względu chorych powyższej kategoryi należy bezwarunkowo przyjmować do szpitala. Gdyby dla nich ustanowiono oddzielną opłatę według umowy w każdym poszczególnym wypadku, jak tego chce Projekt Ustawy, wyrobiłoby się przekonanie w publiczności, że chorzy, lepiej płacący, mają staranniejszą i lepszą opiekę, aniżeli biedniejsi, co przeczy przeznaczeniu szpitala. Skargi o interesowności lekarza naczelnego, któryby umowy zawierać musiał, napływałyby zbyt często do Zarządu, co uważamy za wysoce niepożądane zarówno dla interesów szpitala, jak i dla naczelnego lekarza).

Członek Zarządu Sekretarz: T. Rakowski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 4. X. 1911.

Przew. Sterling, Sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Czaplicki: **Ropne zapalenie opłucnej u dzieci** na podstawie materyału ze szpitala Anny Maryi.

Przez 6 lat leczono takich przypadków w szpitalu Anny-Maryi 150, z tych 85 chłopców i 65 dziewcząt. Najwięcej (56) z tych dzieci było w wieku od 1—2 lat. W 71 przypadkach wysięk opłucnej następował po zapaleniu płuc, płonicy, odrze, ospie i błonicy. Najzłośliwsze są przypadki po płonicy (52% śmiertelności); przyczyną jest wyniszczenie ustroju przebytą chorobą zakaźną, oraz ciężkie powikłanie płonicy. Złośliwość innych przypadków zależy od rodzaju drobnoustrojów. Co do zabiegu operacyjnego, to w większości przypadków resekowano żebro. W 12 przypadkach nakłuto klatkę piersiową (thoracocentesis). W 4 wypuszczano ropę za pomocą przyrządu Potaina, ostatnie przypadki należały do bardzo ciężkich, tak że nie ryzykowano dłuższego zabiegu operacyjnego. Uśpienie stosowano przeważnie chloroformowe. Z powikłań najczęstszem było zapalenie jelit, występujące przeważnie u niemowląt, poza tem zapalenie nerek, różne zakażenia przypadkowe, oraz ropienia przerzutowe. Wogóle ze 130 przypadków leczonych na oddziele chirurg. 13 opuściło szpital wyleczonych, 74 z polepszeniem, 20 bez polepszenia, 23 zmarło. Odsetek śmiertelności 30. Osesków było 13, z tych 9 wyszło z polepszeniem, 4 bez polepszenia.

W dyskusyi kol. Goldberg oświadcza się za uśpieniem eterowem, jako najmniej szkodliwem u dzieci. Nie widzi również możności zastosowywania u dzieci znieczulenia miejscowego. — Kol. Szwarcwasser kładzie nacisk na konieczność robienia rentgenogramów w przypadkach ropni płuc. — Tennenbaum zaznacza, że czynnikiem etyologicznym w zapaleniu płuc może być nieżyt jelit.

Goldmann widział ropne zapalenie opłucnej, u 10-letniego chłopca po urazie. Zapalenie ropne opłucnej, o ile bywa płatowe, czasami bardzo trudno rozpoznać. Drenować zaleca grubymi, ale krótkimi drenami. Nakłucie (thoracocentesis) w rozpaczliwych przypadkach może być jedynie dopuszczalnym zabiegiem. Z obustronnem zapaleniem miał 3 przypadki (1 po płonicy i 2 metapneumoniczne).

Kol. Sterling zwraca uwagę na przypadki zapalenia ropnego opłucnej, które występuje z wysoką gorączką, nagle, u osesków (w przebiegu sepsis); w ciągu doby występują objawy pozorne nacieczenia płuca całej strony; nakłucie próbne wykazuje ropę. Sprawa zawsze śmiertelna.

Kol. Czaplicki w odpowiedzi zaznacza, że przy ropnem zapaleniu opłucnej oddaje pierwszeństwo uśpieniu chloroformowemu. Znieczulenie miejscowe polegało na zamrażaniu skóry chlorkiem etylu. W wątpliwych przypadkach zawsze robiono rentgenogramy. W roztrząsanie ogólnej etyologii ropnych zapaleń opłucnej prelegent nie wdawał się, bo odczyt swój wygłosił na podstawie materyału szpitalnego w przeciągu 5 lat.

2) Kol. Sterling przeczytał list kol. L. Rutkowskiego o zawiązaniu przy Tow. lekarskiem Kółka antropologicznego, któreby się zajęło pomiarami antropologicznymi tutejszej ludności.

Po dyskusyi proszono kol. Pieniążka, aby na jednem z najbliższych posiedzeń zapoznał Tow. ze sposobami i metodą badania.

3) Kol. Sonnenberg przedstawił **preparaty mikroskopowe krętka załamującego światło**, oraz paciorkowców, barwione metodą Burriego, oraz **preparaty krętka bladego,** barwione metodą Lenartowicza i Potrzobowskiego. Kol. S. omówił szczegółowo technikę tych sposobów barwienia, tak odrębną od zwykłych metod, przy których barwione są bakterye, odcinające się od tła mniej lub inaczej zabarwionego, i w końcu mówił o czynnikach, warunkujących występowanie, jak w danym przypadku,

tworów niezabarwionych na tle zabarwionem (streszczenie własne).

Posiedzenie z dnia 19. X. 1911.

Przew. Sterling. Sekretarz Tomaszewski.

1) Kaufman miał wykład: **O samozatruciu w przebiegu ciąży.**

Zmiany, zachodzące w całym ustroju w przebiegu ciąży, tłómaczono dawniej jedynie jako skutek wpływu nerwów lub przyczyn mechanicznych. Niewątpliwie ciąża wywiera wielki wpływ na stan psychiczny i układ nerwowy kobiety, niewątpliwie też niektóre zmiany, jak np. powstanie żylaków lub krwawienie są wynikiem ucisku; większość, jednak zaburzeń nie daje się do tych dwóch przyczyn sprowadzić i w ciągu ostatniego dziesiątka lat wytworzyło się przeświadczenie, iż przyczyną tych zaburzeń jest samozatrucie. Tak np. zmiany w wątrobie ciężarnych, które niegdyś, opierając się na powadze Virchowa, uważano za następstwo ucisku, francuzcy uczeni zaczęli tłómaczyć jako wynik zatrucia, kładąc wielki nacisk na hepatotoksemię w przebiegu ciąży.

Taką samą ewolucyę przebyła nauka o wymiotach nieustających u ciężarnych. Kaltenbach w r. 1890 za przyczynę wymiotów niepowściągłych przyjął histeryę. Dobre wyniki, otrzymane przez leczenie jego metodą, to jest jakoby przez sugestyę, a właściwie przez spokój i dyetę, zdawały się potwierdzać słuszność tego poglądu, tymczasem przypadki ciężkie, niekiedy z zejściem śmiertelnem, dające zarówno klinicznie jak i przy autopsyi tak łudzący obraz zatrucia, iż w wnętrznościach poszukiwano fosforu itp. jadów, doprowadziły do zupełnego zarzucenia tej teoryi i do postawienia na jej miejsce samozatrucia jako przyczyny wymiotów niepowściągłych.

To samo nastąpiło w dziejach nauki o rzucawce. Od chwili, gdy Lerer (1843) zaznaczył związek rzucawki z białkomoczem, gdy Leyden opisał nerkę ciężarnych jako zmianę swoistą, polegającą nie na zapaleniu, lecz na nacieku tłuszczowym, upatrywano przyczynę drgawek porodowych w ucisku albo na nerki (Frerichs), lub na moczowody (Bamberger) i identyfikowano rzucawkę z mocznicą. Gdy jednakże zwiększała się ustawicznie ilość opisanych przypadków drgawek bez białkomoczu, zaczęto skłaniać się ku przyjmowaniu za przyczynę rzucawki jadu, za który jedni (Fehling) poczytywali przetwory przemiany materyi płodu, inni jak Veit i Ascoli, komórki syncytyum, Dienst nadmiar fibrynogenu, inni fermenty, tworzące się w łożysku, wreszcie Thies i Graefenberg poprostu białko płodu, przedostające się przez łożysko do ustroju matki i zachowujące się tam, jak białko innego gatunku lub przynajmniej obce krwi danego ustroju (blutfremd). Tak samo inne zaburzenia przy ciąży, np. ślinotok, zapalenie wielu nerwów (polyneuritis) uważa się obecnie za objawy samozatrucia.

Zmiany anatomo-patologiczne, opisane przy wymiotach niepowściągłych przez Edgara, Wiliamsa, Mac-Donalda i innych amerykańskich pisarzy, a z niemieckich po raz pierwszy przez Lindemanna, polegały na zwyrodnieniu miąższowem wątroby i nerek, niekiedy też mięśnia sercowego. W sprawie rzucawki epokowe znaczenie miała praca Schmorla, który na zasadzie 73 protokółów sekcyjnych wykazał, iż przy chorobie tej powstają zatory i zakrzepy, a w związku z niemi ogniska martwicze, przedewszystkiem w nerkach (72), w wątrobie (71), w płucach (65) itd.

Czy toksyna przy samozatruciu podczas ciąży jest jedna tylko, czy przy różnych przejawach występują różne, jest dotychczas sprawą sporną. Wprawdzie stwierdzano często ciągłość objawów lub jednoczesne wystąpienie różnych postaci samozatrucia (np hyperemesis i polyneuritis), lub też wymioty nieustające w pierwszych miesiącach, a w końcu ciąży rzucawka (skąd określenie niektórych autorów, iż wymioty niepowściągłe są rzucawką pierwszych miesięcy ciąży), jednakże różne obrazy anatomiczne nie pozwalają jeszcze na to uogólnienie.

Kazuistyka: Dla scharakteryzowania wybitniejszych typów chorób, polegających na samozatruciu przy ciąży, przytacza prelegent kilka cudzych i własnych spostrzeżeń, mianowicie: 1) 3 przypadki Czyżewicza, zakończone zejściem śmiertelnem wskutek wymiotów niepowściągłych. 2) Przypadek ślinotoku, w połączeniu z opryszczkami (herpes gestationis), spostrzegany przez K. wspólnie z kol. Birencweigiem u pierwiastki w 7. miesiącu ciąży. Na wywołanie przedwczesnego porodu otoczenie chorej się nie zgodziło, chora zmarła na początku 9. miesiąca 3) Przypadek wymiotów nieustających w 3. miesiącu pierwszej ciąży u kobiety 25-letniej, spostrzegany przez kol. Sterlinga i K. Olbrzymie wychudnięcie, tętno 160. Po wywołaniu sztucznego porodu, tętno spadło do liczby prawidłowej, zjawiło się się natomiast zapalenie wielu nerwów, które przykuwało chorą do łóżka jeszcze w ciągu dwóch miesięcy. 4) Przypadek krwawych wymiotów w końcu ciąży. Pierwiastka lat 35. w ciągu pierwszych 5 miesięcy miała się dobrze, pod koniec 6. miesiąca pojawiły się wymioty, palenie, zgaga, odbijanie. Po kilku tygodniach K. stwierdza znaczne schudnięcie, cerę żółtawą, liczne petechie, język suchy, pokryty ciemno-brunatnym nalotem; ciepłota i tętno prawidłowe, mocz zawiera ślady białka, zmniejszoną ilość chlorku. Jednocześnie z bolami, które wystąpiły w końcu 8. miesiąca ciąży, wymioty czarne w ilości 100—200 gramów przy każdym bólu. Po zakończeniu porodu — dwa płody nieżywe, zlekka zmacerowane — wymioty nie ustają. Ciepłota poniżej prawidłowej, potem prawidłowa. Trzeciego dnia zaprzestano podawania jakichkolwiek płynów wewnętrznie, poprzestając na przemywaniu jamy ustnej i wstrzykiwaniu podskórnem rozczynu soli kuchennej. Czwartego dnia wymioty ustały, pojawił się niepokój i halucynacye. Piątego dnia ciepłota 37·5, tętno 102, obustronne zapalenie ślinianki przyusznej, następnego dnia 38·5, w nocy śmierć.

Przykładów rzucawki, jako powszechnie znanych, prelegent nie podaje. Zwraca natomiast uwagę na rzucawkę bez drgawek. Przypadki takie opisywał już Schmorl.

Na wystąpienie objawów zatrucia mają wpływ gruczoły z wydzieliną wewnętrzną, t. zw. gruczoły wkrewne. Ze stanowiska wpływu ich na ciśnienie krwi można je podzielić na 2 grupy: powiększające ciśnienie, do takich należy wydzielina nadnercza i przysadki mózgowej, do drugiej wydzielina gruczołu przytarczowego i jajnika. Antagonistyczne działanie tych gruczołów równoważy się nawzajem. Przy ciąży działanie wszystkich tych gruczołów jest wzmożone. Stale stwierdzano np. adrelinemię podczas ciąży, zwykle powiększa się gruczoł tarczowy, taksamo powiększona jest przysadka mózgowa. Jeśli więc w czasie ciąży jedne z gruczołów wkrewnych podlegają przerostowi, inne nie, to następuje naruszenie równowagi i objawy zatrucia mocniej występują. Tak np. niedostateczny rozwój gruczołu tarczowego, hypothyreosis, stawiano w związku z wymiotami ciężarnych i rzucawką.

Rokowanie przy wymiotach niepowściągłych na ogół jest niepomyślne. Według statystyki Cohnsteina w 60% przypadków wymioty nie ustają zaraz po przerwaniu ciąży, a w 12% kończą się śmiercią pomimo wywołania poronienia. Przy rzucawce, dzięki wprowadzeniu nowych metod operacyjnych i zasady wczesnego oraz szybkiego rozwiązania, rokowanie w ostatnich latach poprawiło się znacznie.

Leczenie: Przy wymiotach niepowściągłych metoda Kaltenbacha, pomimo, iż tłómaczenie jego przyczyny wymiotów przy ciąży upadło, w większości przypadków daje wyniki dobre. Spokój, dyeta, sprowadzona wyłącznie do małych ilości mleka lub wody, wstrzykiwania podskórne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, uregulowanie czynności jelit sprzyjają widocznie wydzielaniu się toksyn. Tyreoidyna przy wymiotach u ciężarnych daje niekiedy bardzo dobre wyniki. Wywołanie sztucznego poronienia jest środkiem ostatecznym, nie mamy jednak wyraźnych wskazań, w jakiej mianowicie chwili do tego zabiegu się uciec.

Według jednych wykonać je należy, gdy tętno przewyższa 100 na minutę; według innych, wskazówką jest szybkie zmniejszanie się wagi ciała, nie wiemy jednakże, w jakim stanie znajduje się wątroba i nerki, niekiedy zmiany w nich w chwili wywołania poronienia są już zbyt daleko posunięte. Przy zwiastunach rzucawki stosują również tyreoidynę. Leczenie tej choroby w przyszłości polegać zapewne będzie na wstrzykiwaniu surowicy krwi zdrowych ciężarnych.

W dyskusyi zabrał głos kol. Maybaum: Przy nieżycie krwawym na tle samozatrucia śluzówka usiana jest maleńkiemi owrzodzeniami (ulcuscula Virchowa), które się nie zabliźniają; mogą one być źródłem nawet śmiertelnych krwotoków. Występują one przy zakażeniach ogólnych, mocznicy, gruźlicy, rzucawce i zapaleniu płuc. Spostrzegany wspólnie z kolegą Kaufmannem ostatni jego przypadek kol. Maybaum zalicza do tej kategoryi.

Kol. M. Cohn uzależnia niekiedy dalsze trwanie wymiotów po porodzie od pozostawienia części jaja płodowego. — Kol. Rueger przytacza przypadek drgawek bez białkomoczu. W moczu ogromne ilości kwasu tłuszczowego i tyrozyny. — Kol. Rundo zarzuca Kaufmannowi, że nie wspomniał o leczeniu rzucawki metodą Stroganowa. — Kol. Goldmann uważa ostatni przypadek Kaufmanna za septyczny. Przy ogólnem zakażeniu często widywał czarne wymioty. — Kol. Tomaszewski zapytuje, jak objaśnić zupełnie prawidłowy poród u kobiet, którym wycięto $^3/_4$ gruczołu tarczowego. — Kol. Sterling przypomina, że postać chorobowa, znana pod nazwą »ostrego zaniku wątroby«, zdarza się właśnie w przebiegu ciąży i że wiele z wyliczonych przez prelegenta objawów charakteryzuje tę właśnie postać chorobową. Czy więc do obrazu zatruć płodowych należy zaliczyć i ostry zanik wątroby, a przynajmniej przypadki napotykane w przebiegu ciąży? S. nie zgadza się z prelegentem, by trzeci z opisanych przypadków wolno było bez zastrzeżeń uważać za zatrucie płodowe; bez kontroli anatomo-patologicznej – tylko przez analogię niektórych objawów — nie należy rozszerzać ram i tak dosyć mglistego obrazu chorobowego. W przypadkach, gdzie niepodobna przez czas dłuższy karmić chorego przez usta, za mało dotąd korzysta się z karmienia podskórnego zapomocą wstrzykiwania tłuszczu; tą drogą można wprowadzić do 40 grm np. oliwy na raz (około 400 kaloryi).

Kaufmann odpowiada kol. Maybaumowi, iż niewątpliwie przypuszczać można w danym przypadku drobne owrzodzenia żołądka, za przyczynę jednak powstania tych owrzodzeń uważać należy zatrucie. — Kol. M. Cohnowi odpowiada prelegent, że nieustawanie objawów zatrucia po zakończeniu porodu tłómaczyć można istotnie niekiedy pozostaniem cząstek łożyska lub doczesnej; dlatego też Tellner przy drgawkach po porodzie zaleca wyskrobanie macicy. Trudno jednak w ten sposób tłómaczyć dalsze trwanie wymiotów u chorych, u których ciążę przerwano zapomocą skrobania, tj. usunięto całkowicie jaje płodowe. — Kol. Ruegerowi: kryształy tyrozyny i kwasów tłuszczowych znalazł Czyżewicz w jednym ze swoich przypadków wymiotów niepowściągłych. — Kol. Rundzie: metodę Stroganowa stosuje się obecnie bardzo rzadko. Wielkie statystyki z klinik Döderleina, Zweifla i Bumma wykazują, iż lepsze wyniki daje szybkie zakończenie porodu. — Kol Goldmannowi: Wymioty w podanym przypadku były istotnie czarne, nie było jednak danych do uważania sprawy za septyczną, lub będącą skutkiem obumarcia płodów, ponieważ aż do chwili zjawienia się zapalenia ślinianek, tętno i ciepłota były prawidłowe. Płody obumarły niedawno, wymioty zaś krwawe (chora nazywała je spalone), jak się okazało, zdarzyły się już na kilka tygodni przedtem. — Kol. Tomaszewskiemu odpowiada prelegent, że po tyroidektomii pozostają jednakże dostateczne ilości gruczołu tarczowego. — Kol. Sterlingowi: Żadnych danych do przypuszczenia sapremii nie było. Mleko podaje się poprostu jako odtrutkę, tak samo jak przy innych truciznach. Ostry zanik wątroby w niektórych przypadkach, jest skutkiem zakażenia, niekiedy zaś również wywołany jest przez samozatrucie. Przypadek taki opisał Acconci. Przy sekcyi chorej, zmarłej wśród objawów rzucawki i żółtaczki, znaleziono w rozgałęzieniach żyły wrotnej ogromne ilości komórek Langhansa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 24 b. m. posiedzenie, na którem kol. Blassberg przedstawił przypadek »albuminuria orthostatica«; w dyskusyi przemawiali kol. Prof. Lewkowicz, Stahr, Kostrzewski i Jendl-Sausenhofen. W dyskusyi nad wykładem kol. Disenbęrga przemawiali Prof. Bujwid i prelegent. Kol Blassberg wygłosił wykład: »O wydzielaniu wewnętrznem; w dyskusyi przemawiał kol. Koźniewski.

Najbliższe posiedzenie Towarzystwa w d. 31. b. m. odbędzie się w klinice chorób wewnętrznych.

— Otrzymujemy następujące pismo: »Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii Umiejętności zawiadamia niniejszem, że bieżący okres nagrodowy funduszu imienia książąt Jerzego Romana z Rozwadowa i Adama z Miżyńca Lubomirskich obejmuje lata: 1910, 1911, 1912. Postanowienie co do sposobu użycia nagromadzonych w ciągu trzechlecia odsetek zapadnie w początku 1913 roku, o ile możności dnia 7 lutego. Zgodnie z przepisem § 2. uchwały pełnego zgromadzenia Akademii Umiejętności z dnia 27 listopada 1906 r., odsetki z funduszu im. ks. Lubomirskich płynące, po strąceniu 10% na cele tam wskazane, mają być używane: a) na udzielanie nagród pieniężnych autorom i autorkom narodowości polskiej za samodzielne prace o rzeczywistej wartości naukowej z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich (z wyjątkiem prac ze ścisłej matematyki), napisane w języku polskim; b) na opędzanie kosztów wydania takichże prac z tego samego zakresu, przedłożonych w rękopisie i uznanych za odpowiednie. Według § 8. tejże uchwały wysokość nagród wynosić może od 1.000 do 3.000 kor. (zob. Rocznik Akad. Umiejętności w Krakowie, rok 1906/7, Kraków, 1907 str. 166). Dyrektor Wydz. mat.-przyr. E. Janczewski. Sekretarz Wydz. mat.-przyr. Wład. Natanson«.

— »Słownik techniczny«, wydawany z ramienia Towarzystw technicznych przez Prof. Stadtmüllera, wyjdzie z druku w r. b. — Zawierając słownictwo z zakresu ogrzewania, oświetlania, wentylacyi i innych zakresów sanitarno-technicznych, będzie słownik ten pożytecznym także dla lekarzy higienistów, stykających się z temi sprawami.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. I. do 20. I, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 2, płonicy 11 † 3, odry 10 † 1, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 11. I. 1912 przedstawił m. i. p. J. Tur pracę własną p. t. »Badania nad anomaliami jajnika ssaków«.

— Dr Otton Hewelke mianowany został lekarzem naczelnym szpitala wolskiego.

— Szpital położniczy im. św. Zofii przy ul. Żelaznej, powstały z inicyatywy i za staraniem Dr St. Zaborowskiego z daru pp. Goldstandów i funduszów miejskich, otwarto 21. I. r. b.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze urządza szereg odczytów o zapobieganiu gruźlicy dla sfer robotniczych; prelegentami będą Drzy: Rzepko, Tylicka, Bączkiewicz, Hewelke, Knappe, Roszkowski, Szmurło, W. Sterling i Chodecki (Med. i Kron. lek. 3). W r. z., uzyskawszy liczniejszych członków i większe fundusze (z »dnia kwiatowego« 15.390 rub.), rozszerzyło Towarzystwo swą działalność. Oprócz przychodni (dyspensatoryum), istniejącej przy szpitalu św. Ducha, która udzieliła 958 porad, przeprowadziła 420 odwiedzin mieszkań chorych i 12 desynfekcyi i t. p., urządzono przychodnię dla dzieci przy instytucie higieny dziecięcej im. Lenvala; w sanatoryum w Rudce opłacać będzie Towarzystwo zamiast jednego — dwa miejsca. Majątek Towarzystwa doszedł 25.918 rub. — Na r. b. wybrano prezesem Towarzystwa ponownie Dr Alfreda Sokołowskiego, sekretarzami Dr W. Chodeckiego i Dr Szmurłłę; z lekarzy wybrano prócz tych do Rady Towarzystwa Dr Józefa Jaworskiego.

— Paulina Baumanowa zapisała testamentem na cele filantropijne 236.000 rubli, m. i. 50.000 na szpital dziecięcy im. Bersonów i Baumanów, a 10.000 na szpital żydowski na Czystem.

— Dzienniki donoszą, że od dłuższego czasu wakuje posada lekarza miejskiego w m. Biłgoraju (500 rub. rocznie) i w os. Krzeszowie w powiecie biłgorajskim (600 rub.); w kilkomilowym promieniu tych miejscowości niema lekarzy.

Z różnych stron. Państwowy Związek organizacyi lekarskich austr. prosi nas o ogłoszenie, że we środę dn. 7. lutego odbędą się w Wiedniu wykłady zaproszonych w tym celu Dr Scholla z Monachium i Streffera z Lipska »o wolnym wyborze lekarza«.

— Życiorys i charakterystykę ś. p. Prof. E. Biernackiego, skreślone przez Dr S. Ebla, zamieszcza »Wiener medizinische Wochenschrift« (Nr 4).

— Miejska komisya budżetowa we Lwowie wyznaczyła na r. 1912 na służbę zdrowia 257.417 kor., przyczem uchwaliła wnioski o przyśpieszenie reorganizacyi służby zdrowia, o poczynienie kroków w celu wyjednania ustawy epidemicznej, o przyspieszenie budowy zakładu desynfekcyjnego i domu izolacyjnego i o stworzenie własnej kasy chorych dla służby i robotników miejskich.

— Dochody wiedeńskiego Towarzystwa ratunkowego w r. 1910 wyniosły 357.580 koron, rozchody 233.495 kor. x.

— Zarząd Towarzystwa »Domu lekarskiego« (Aerzteheim) w Maryenbadzie prosi nas o podanie do wiadomości kolegów warunków korzystania z »Domu«, które są następujące: Każdy członek rzeczywisty Towarzystwa (t. j. lekarz, opłacający najmniej 5 K rocznej wkładki) ma prawo przemieszkiwać w »Domu« przez 4 tygodnie za opłatą na utrzymanie i administracyę »Domu« w kwocie 7 K tygodniowo. W miarę miejsca, za taką samą opłatą, mogą być do »Domu« przyjęte żony lekarzy, towarzyszące mężom; inni członkowie rodziny nie mają tego prawa. Miejsca w »Domu« rozdaje się według kolei zgłoszeń. Mieszkańcy »Domu« są uwolnieni od taksy zdrojowej, mają bezpłatne kąpiele, 10% opust w 2 restauracyach i 50% opust w teatrze.

»Dom lekarski« w Maryenbadzie otwarto 28. VI. 1911 r. O pomieszczenie zgłosiło się 77 kolegów; pomieścić zdołano 32 lekarzy (z żonami 18), z nich 12 z Austryi, 9 z Węgier, 11 z Niemiec. Koszt budowy wyniósł 126.525 K; do pokrycia kosztów brak jeszcze 21.443 K, i dlatego Zarząd Towarzystwa prosi kolegów o dalsze ofiary pod adresem: »Vorstand des Vereines zur Erhaltung des ärztlichen Erholungsheimes »Aerzteheim« in Marienbad: Dr Horowitz, Kassier«.

— Austryacki zarząd wojskowy ma zamiar celem polepszenia stosunków awansowych lekarzy wojskowych powiększyć etat o 28 miejsc starszych lekarzy sztabowych I klasy, o 80 II klasy i o 192 miejsc zwykłych lekarzy sztabowych. Natomiast ulegnie zmniejszeniu etat lekarzy pułkowych i niższych. x.

— »Austryackie Towarzystwo pielęgnowania zdrowia« obradowało niedawno nad sprawą higieny szkolnej. Przedewszystkiem debatowano nad uświadamianiem płciowem młodzieży. Nauczyciel Fluchor podał projekt, by czynić to przy nauczaniu historyi naturalnej, a oprócz tego, by lekarze pouczali kończących szkołę uczniów, względnie, by odbywali z rodzicami konferencye. Prof. Guttmann wyraził życzenie, by na Zjazdach uchwalić ogólny schemat metod badania dzieci szkolnych, gdyż tylko wtedy porównawcze statystyki mogą mieć wartość. Pani Fluchor podnosiła, że należałoby wprowadzić cenzurę z czystości ciała, a dbać o nią i kontrolować mogłyby najlepiej kobiety ew. t. zw. siostry szkolne. Klęsk.

— »Codex alimentarius austriacus«, t. j. bardzo pożyteczny podręcznik badania środków spożywczych i sposobów ich przechowywania wydało austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych. Tom pierwszy, który już wyszedł z druku, omawia następujące artykuły spożywcze: zboża, jarzyny, owoce, pieczywo, trunki, kawę, herbatę, kakao i cukry. x.

— Niemiecki Komitet podróży naukowo-lekarskich urządza w r. 1912 podróż do Ameryki. Wyjazd z Hamburga nastąpi 7. lub 8. września, przyjazd do NYorku 17. lub 18. września. Wycieczka obejmie NYork, Philadelphię, Atlantic City, Baltimore, Washington, Chicago, Niagarę, przejazd przez jezioro Ontario, Montreal, Boston, podróż rz. Hudson i połączona będzie z udziałem w międzynarodowym Zjeździe higienicznym. Powrót do Hamburga około 20 października. Koszt podróży z utrzymaniem wyniesie 1.700 do 2.500 marek (zależnie od położenia kajuty). Zgłaszać się można najdalej do 15 lipca b. r. Dokładniejszych wiadomości udziela »Deutsches Zentralkomitee für Ärztliche Studienreisen«, Berlin, Potsdamerstrasse 134B.

— Lekarze w Ameryce, badający wychodźców przybyłych z Europy, bardzo często nie wpuszczali do Stanów Zjedn. przybyszów, nie cierpiących wcale na jaglicę. Z tego powodu obecnie postanowiono, by te badania przeprowadzali jedynie wprawni fachowo okuliści, było to bowiem krzywdą, gdy przez pomyłkę lekarza odsyłano zdrowych z powrotem do Europy. x.

— Do miesienia używają w Japonii, a obecnie i w Paryżu, ociemniałych, a to na zasadzie doświadczenia, że czucie u ciemnych jest znacznie lepiej rozwinięte, niż u zdrowych, przez co ciemni o wiele lepiej wykonują miesienie. x.

— Wydział lekarski w Genui postanowił bojkotować farmaceutyczne przetwory niemieckie z powodu artykułów w niemieckich czasopismach przeciwko włoskim lekarzom wojskowym. Dzienniki włoskie nawołują do ogólnego bojkotu lekarskiego Niemiec. x.

— W armii Stanów Zjednoczonych wprowadzono obowiązkowe ochronne szczepienia przeciwdurowe dla żołnierzy i oficerów, którzy nie przekroczyli 45. roku życia. x.

— W Hadze odbyła się konferencya »opiowa«, mająca na celu walkę z zatruwaniem się makowcem. Postanowiono wprowadzić ograniczenia co do wysyłania większych ilości makowca osobom prywatnym i t. p. x.

— W sprawie wprowadzenia ścisłego egzaminu dla dozorców i dozorczyń chorych zaznacza Izba lekarska Bawaryi górnej, że w Prusiech istnieje już egzamin państwowy dla osób pielęgnujących i okazał się on bardzo potrzebnym. Zapobiega on temu, że w gazetach, księgach adresowych i t. p. polecają się osoby, zupełnie do pielęgnowania chorych niezdatne, posiadające nieraz jedynie wątpliwe co do wiarogodności świadectwa. Klęsk.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we **środę 31. stycznia 1912 w klinice chorób wewnętrznych.** Na porządku dziennym: 1) Przedstawienie chorych: Prof. Jaworski, Doc. Latkowski i Dr Wachtel. 2) Prof. Jaworski: Ostatnie modyfikacye badania fizycznego chorych.

Prezydyum Towarzystwa uprasza o liczny udział w posiedzeniach.

Rok LI. Kraków, dnia 3 lutego 1912. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

O to płuco drugie, »praktycznie« zdrowe, »względnie« zdrowe, musimy poważnie dbać przez cały czas trwania leczenia.

Idealne warunki dla tego płuca istnieją jedynie w sanatoryum; tylko tam lekarz jest względnie zabezpieczony od tak przykrych niespodzianek, jak utracenie uzyskanej poprawy wskutek powikłania przypadkowego, występującego w płucu zdrowem.

Powikłania przypadkowego: bo już sama metoda kryje w sobie możność wywołania pogorszenia sprawy w płucu drugiem, więc od tej nie uchronią chorego warunki sanatoryjne. Jedyną profilaktyką jest tu opanowanie techniki operacyjnej, względnie jej dalsze wydoskonalenie.

Jak już mówiłem, to »drugie« płuco zupełnie zdrowem nigdy być nie może, jeśli wskazaniem do zabiegu jest ciężkie zajęcie płuca chorego. Zawsze więc grozić może rozszerzenie się, rozrost ognisk istniejących w »drugiem« płucu, albo aspiracya wydzieliny zakaźnej, wydalanej z płuca uciśniętego.

Mojem zdaniem, możemy w obecnym okresie rozwoju techniki tej metody ustrzedz chorego od tak zgubnego powikłania, pamiętając o dwu kardynalnych przepisach: 1) płuco leczone, względnie śródpiersie, nie powinno uciskać na płuco zdrowe, t. j. nie powinno ograniczać jego ruchów; 2) odmę wytwarzać należy powoli, wprowadzając gaz do opłucnej dawkami małemi, częstemi[1]).

Co prawda, nawet wśród mego nielicznego materyału mam przypadki, w których uciśnięte płuco przekroczyło linię środkową i ucisnęło płuco zdrowe, bez szkody dla stanu tego płuca, ale będzie to zawsze ryzykiem, które różnie się zakończyć może.

Powolne wytwarzanie odmy pozwala na stopniowe przystosowanie się płuca zdrowego do nowych i trudnych warunków pracy, a co główna, nie wydala z płuca uciskanego na raz tych wielkich ilości materyału zakaźnego, których utrudnione wychrząkiwanie naraża płuco zdrowe na zarażenie drogą aspiracyi.

[1]) Od zbyt częstego nakłuwania ma zależeć częstość zapaleń opłucnej; moje doświadczenie przemawia przeciw temu twierdzeniu.

W każdym razie do powikłań metody leczenia gruźlicy płuc odmą sztuczną zaliczyć należy też i możliwość pogorszenia się sprawy gruźliczej w płucu drugiem, względnie zdrowem.

Na szczęście, to powikłanie bardzo rzadko jest przyczyną nieudanych wyników tej metody.

Najczęściej widywano wyraźną poprawą stanu płuca drugiego, poprawę, którą stwierdzono zarówno podczas trwania leczenia, jak i po jego zakończeniu, stwierdzono klinicznie i radiologią (będącą do pewnego stopnia sectio in vivo).

Przejdźmy wreszcie do rozpatrzenia pytania: w jakich przypadkach wskazana jest odma piersiowa sztuczna jako zabieg leczniczy.

Forlanini tak sformułował te wskazania:

Odma jest wskazana w niepowikłanych przypadkach gruźlicy jednostronnej, przebiegającej przewlekle lub podostrawo, przy wolnej jamie opłucnej, bez względu na stopień zniszczenia płuca. W tych przypadkach leczenie jest łatwe, trwa względnie niedługo, wiedzie do trwałego wyleczenia.

Wskazana jest i w przypadkach ostrych, o ile zmiany są bezwzględnie jednostronne. Wynik dodatni otrzymać tu można, jeśli ustrój wcześniej nie ulegnie toksynom, zanim leczenie opanuje rozpad. (Zwykle sprawa jest obustronna; chory szybko ulega zakażeniu).

Wskazana jest w przypadkach wyżej nazwanych nawet przy obecności zrostów, pod warunkiem, że odmie uda się je przezwyciężyć. W tych przypadkach leczenie jest trudne i długotrwałe.

Wskazana jest i w obustronnej nieostrej gruźlicy płuc, jeśli zmiany nie są w obu płucach zbyt daleko posunięte. Wynik zależy od stopnia zajęcia drugiego płuca (tj. »względnie zdrowego«); wynikiem może być wyleczenie płuca uciśniętego i wyleczenie lub poprawa drugiego.

Przeciwwskazana jest odma przy współistnieniu takich powikłań, jak gruźlica jelit, gruźlica krtani, choroby serca.

Nieco szczegółowiej klasyfikuje wskazania do leczenia odmą sztuczną gruźlicy płuc prof. Jessen (Davos):

a) Wskazanie pewne:

Ciężkie wyłącznie jednostronne schorzenie płuca przy braku lub nieznacznych jego zrostach z opłucną.

b) Wskazanie dozwolone:

1. Ciężkie schorzenie jednego płuca przy świeżych lub niezbyt starych zrostach.

2. Ciężkie schorzenie jednego płuca i niewielkie — płuca drugiego; to drugie nie powinno przechodzić jednej trzeciej rozmiarów płuca i nie znajdować się w stanie rozpadu; zajęcie płatu górnego daje przy tem lepsze rokowanie.

3. Niedający się opanować krwotok płucny przy wyłącznie jednostronnem ciężkiem schorzeniu płuca bez zrostów.

c) Wskazanie wątpliwe:

Ciężkie schorzenie jednego płuca i zajęcie płatu dolnego w płucu drugiem z małym rozpadem.

Przeciwwskazania:

1. Obszerne, rozpadowe schorzenie płuca »lepszego«.
2. Zrosty twarde po stronie mającej uledz leczeniu.
3. Powikłania gruźlicą krtani, gruźlicą jelit.

Jak widzimy, wraz z rozszerzaniem się doświadczenia wskazania, pierwotnie przez Forlaniniego sformułowane, ogarniają coraz większą ilość przypadków.

Stało się to w dwu kierunkach: częściej próbują tej metody w przypadkach zajęcia strony »lepszej«; częściej stosują metodę w przypadkach powikłanych np. gruźlicą krtani, ponieważ, jak tego pierwszy dowiódł de Gradi, niezbyt daleko posunięte owrzodzenia gruźlicze krtani goiły się równolegle do poprawy płuc, pod wpływem sztucznej odmy opłucnej.

Ale rozszerza się wskazanie i w stronę przypadków lżejszych. Tak bardzo w swych wnioskach ostrożny Forlanini, który przez szereg lat i w wielkim szeregu swych prac z naciskiem podkreślał, że swą metodę poleca wyłącznie dla ciężko chorych, dziś przewiduje możliwość stosowania tej metody i w przypadkach niezbyt ciężkich.

Pytaniem, które od pierwszej chwili zajmowało Forlaniniego, było: co się dzieje pod wpływem ucisku tak długotrwałego z temi wysepkami tkanki zdrowej, które nawet przy dużych zniszczeniach gruźliczych w płucu istnieją i sprawiają czynności oddechowe. Po latach doszedł Forlanini do zebrania faktów, świadczących o tem, że po zaprzestaniu ucisku wszystkie części zdrowe mogą na nowo objąć swe czynności. Doszedł też do wniosku, że (wbrew jego własnym przypuszczeniom) napowrót rozszerzone płuco nie zrasta się z opłucną [1]), coby je w czynnościach ograniczało. W dwu przypadkach uleczonej gruźlicy jednego płuca przeszedł do leczenia — metodą ucisku — płuca drugiego, a płuco poprzednio przez długi czas uciśnięte sprawnie i wydajnie zawiadywało czynnością oddechową. O tem samem, o powrocie do czynności fizyologicznej po wyleczeniu gruźlicy i rozszerzeniu się płuca, przekonywa też przypadek sekcyjny (śmierć z powodu zapalenia płuc osobnika odmą wyleczonego). Do tego samego wniosku: o powrocie płuca znów rozszerzonego, po zaprzestaniu ucisku, do czynności fizyologicznych doszedł Saugman na podstawie pomiarów spirometrycznych (czynił je i Forlanini u swoich chorych, ale metodą bardzo zawikłaną).

Jeżeli dotąd swą metodę przeznaczał Forlanini jedynie dla chorych, mających wielkie zmiany, to czynił to w obawie zniszczenia, przez ucisk długotrwały, tkanki zdrowej. Obecnie, przekonawszy się o sprawności oddechowej płuca (po przebytem leczeniu) napowrót rozszerzonego, stawia Forlanini dwa postulaty, obydwa sprzeczne z jego założeniem pierwotnem, więc jeszcze wymagające stwierdzenia. Doświadczenie Forlaniniego i wielka jego dotychczasowa ostrożność nadają jednak jego twierdzeniom cechy wielkiego prawdopodobieństwa. Te nowe twierdzenia Forlaniniego brzmią: 1) Leczenie odmą należy rozpoczynać możliwie wcześnie, a więc stosować je nawet w przypadkach nie ciężkich, jakkolwiek nie w samych początkach gruźlicy płuc. 2) Odmę należy podtrzymywać tylko tak długo, jak to jest niezbędnem [2]).

Na starem stanowisku pozostał Forlanini w stosunku do bardzo rzadkich przypadków ostrej gruźlicy jednostronnej; jest przeciwnikiem leczenia takich przypadków odmą sztuczną. Czy jednak w tych przypadkach, w których właśnie nie ma chory nic do stracenia, próba leczenia odmą nie jest najwłaściwsza, przyszłość wykaże. Obecnie istnieje jedyny przypadek tego rodzaju, wyleczony przy pomocy odmy, przypadek Saugmana.

Ten autor, jeden z trzech w Europie, mających największe w tej sprawie doświadczenie, a wogóle znakomity i trzeźwy lekarz, wskazania do leczenia odmą porównywa do wskazań chirurgicznego leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

W ciężkich przypadkach gruźlicy, powiada Saugman, wskazania do odmy są dla mnie te same, co przy groźnem zapaleniu otrzewnej, z powodu przedziurawienia wyrostka robaczkowego; nie jest w przypadkach podobnych wyłączona poprawa, ale przecież większość lekarzy jest za natychmiastową operacyą. Takim przypadkom odpowiadają chorzy na ciężką gruźlicę jednostronną, u których sprawa nie ucicha pod wpływem leczenia, u których coraz to powracają okresy ostre, więc coraz mniej istnieje widoków zejścia pomyślnego. Ale obok tych przypadków trzeba mieć na względzie i inne, odpowiadające przypadkom wycięcia wyrostka robaczkowego »a froid« u chorych, którzy ulegają częstym nawrotom cierpienia; są to gruźliczy, którzy w danej chwili znajdują się w dobrym stanie ogólnym i nie mają objawów wybitnie niepomyślnych, ale u których badanie wykazuje szeroko i głęboko sięgającą sprawę gruźliczą, nie ustępującą stosowanemu dotąd leczeniu. I tym chorym, którzy przez lata nawet mogą żyć, ale którzy napewno jako suchotnicy umrą, należy zaproponować leczenie zapomocą odmy sztucznej; to leczenie może uczynić z wielu inwalidów i półinwalidów — pożytecznych obywateli kraju.

O wiele rzadziej, aniżeli przy ciężkiej gruźlicy płuc, stosowano dotąd metodę odmy sztucznej przy innych cierpieniach płucnych.

W celu opanowania ciężkiego krwotoku płucnego wolno próbować wytworzyć odmę tylko wyjątkowo, tylko w przypadkach beznadziejnych; nie wiemy bowiem nigdy, czy istniejące zrosty pozwolą na natychmiastowy doskonały ucisk, a ten jest w tym celu konieczny; powtóre, wprowadzenie naraz, już przy pierwszej insuflacyi, wielkich ilości

[1]) Wysięki opłucne, wikłające odmę, wiodą do zrostów, jakkolwiek też nie zawsze.

[1]) Dawniej Forlanini wolał raczej za długo niż za krótko pozostawiać płuco uciśniętem.

gazu, kryje w sobie pewne niebezpieczeństwa, o których była mowa wyżej; po trzecie, nie wiemy najczęściej, czy krwotok pochodzi wogóle z tego płuca, które jest bardziej gruźlicą dotknięte, czy też z niewielkiego ogniska w drugiem płucu, mniej anatomicznie zajętem.

Wprowadzać gaz (powietrze, tlen) do opłucnej radzą przy surowiczych zapaleniach wysiękowych tej błony; pozwala to na jednorazowe wypuszczenie całego istniejącego wysięku, który zastępujemy gazem. Tę myśl dawno już podał Potain. Nie potrzeba w tym celu żadnego przyrządu złożonego; wystarcza ponad powierzchnię płynu wepchnąć trójgraniec, na którego otwór nakłada się kawałek waty, by filtrował powietrze, przysysane przez opłucną w miarę wypuszczania płynu przez drugi trójgraniec, tkwiący w wysięku i przysysający go.

Albo też: przez górny otwór wprowadzać azot (powietrze) i wypychać gazem wysięk, który wypływa przez trójgraniec tkwiący w wysięku. Pozwala ten zabieg nie tylko na jednorazowe opróżnienie opłucnej, ale zarazem nie pozbawia płuca, najczęściej chorego, ucisku, będącego dlań czynnikiem leczniczym; tylko że zamiast przez toksyczny płyn, ucisk jest wywarty przez obojętny gaz, który utrudnia tworzenie się zrostów, bo pozwala na zbliżenie się opłucnych dopiero po minięciu stanu zapalnego na ich powierzchni.

W nielicznych dotąd przypadkach wskazaniem do stosowania odmy były jamy oskrzelowe, przewlekłe zapalenia płuc, ropnie płuc, zgorzel płuc. Jak dalece te postacie chorobowe nadają się do leczenia odmą sztuczną, wykaże przyszłe doświadczenie.

Stosowanie odmy sztucznej w przypadkach ropniaka opłucnej (empyema) ma cel inny, niż w przypadkach dotąd omawianych. Tu chodzi o to, by sprzyjać rozszerzaniu się płuca, a nie o to, by je w ucisku utrzymywać. Powolne wsysanie się gazu sprzyja temu, jak dowiódł tego w swych spostrzeżeniach Wenckenbach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z oddziału (A) chorób wewnętrznych krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Oddział Prof. Dr Stanisława Pareńskiego).

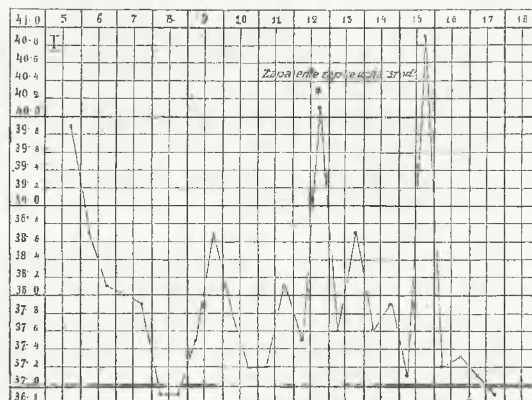
Przyczynek do kazuistyki paratyfusu B.

Podał
Dr Kazimierz Habicht.

W jesieni b. r. zdarzyły się prawie równocześnie trzy przypadki paratyfusu B o nader zbliżonym do siebie obrazie przebiegu klinicznego, a odpowiadającym przypadkom znanym z literatury, tak że można go uważać za typowy dla przebiegu tej, jeszcze niezbyt często opisywanej choroby.

I. Kobieta 22-letnia z Sidziny w powiecie podgórskim, przyjęta do szpitala w dniu 5. IX. 1911, podaje, że jest chora od tygodnia, żali się na bole głowy i biegunkę po 2 do 3 wolnych stolców dziennie. W dniu przyjęcia stwierdza się stan następujący: Kobieta dobrze zbudowana i odżywiona, ciepłota ciała 39·8°, tętno regularne. Na skórze wysypki żadnej niema, język obłożony, nieco podsychający, ku przodowi i na brzegach oczyszczający się. W narządach wewnętrznych, w szczególności w płucach i sercu, niema nic nieprawidłowego. Brzuch nieco wzdęty, niebolesny, kruczenie nad kiszką ślepą. Śledziona od dolnego brzegu VIII żebra do XI żebra, ku przodowi przekracza linię pachową przednią, wyczuwalna pod łukiem tylko jako opór.

W moczu, silnie wysyconym, białka niema, chlorki nieco lżejsze. Przebieg ciepłoty w czasie obserwacyi przedstawiał się jak następuje:



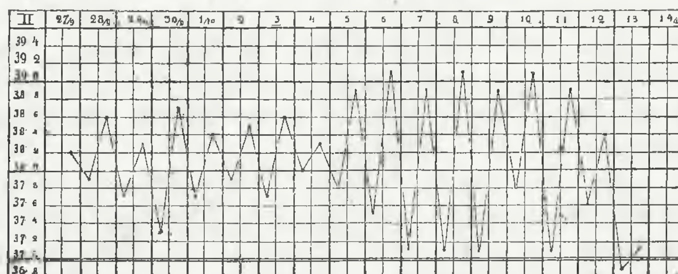
W dniu 11. IX. chora zaczęła się żalić na większe bole głowy i to w okolicy ucha prawego; wymiotowała rano i wieczorem, a w dniu 12. wystąpił ropotok z ucha prawego, jako nawrót takiego samego cierpienia, przebytego jeszcze przed trzema miesiącami; równocześnie powstał silny obrzęk gruczołów chłonnych szyjnych. Wszystkie te objawy, jak i wygórowana ciepłota, która doszła do 40° C.; przy odpowiedniem leczeniu w przeciągu 6 dni zupełnie ustąpiły, pozostawiając tylko skąpy wypływ cieczy śluzowo-ropiastej z przewodu usznego.

Od dnia 17. ciepłota ani razu się nie podniosła i chora opuściła szpital, jako zupełnie zdrowa w d. 30. X. 1911.

Dla stwierdzenia rozpoznania wobec szybkiego ustępowania gorączki, jeszcze przed wystąpieniem powikłania ze strony ucha, wobec podejrzenia, że chodzi o dur brzuszny, wykonano próbę aglutynacyjną najpierw co do duru brzusznego, która wypadła ujemnie, poczem próbę aglutynacyjną co do paratyfusu B, która wypadła dodatnio, wobec czego rozpoznanie u chorej brzmiało: Paratyfus B., w czasie którego wystąpił nawrót zapalenia ucha środkowego prawego, już raz przed trzema miesiącami przebytego.

II. Kobieta 35-letnia, z Wolicy, przy przyjęciu do szpitala w dniu 27. IX. podaje, że choruje mniej więcej od 10 dni, że miewa dreszcze i gorączkę, że kaszle; narzeka przytem na ból głowy, kłucie w prawym boku; stolec ma być wolny, po 2 stolce dziennie. Przy badaniu nie stwierdza się prócz języka obłożonego, silnie zaostrzonych szmerów oddechowych głównie w prawem płucu i kruczenia nad kiszką ślepą, nic nieprawidłowego. Skóra bez wysypki durowej, śledziona nie wyczuwalna, zapomocą opukiwania nie stwierdzono powiększenia. Mocz barwy winnej, bez osadu, oddziaływa kwaśno, białka ślad, chlorki widocznie lżejsze.

Przez cały czas trwania choroby, w czasie której ciepłota przebiegała, jak na podanej krzywej, obraz chorobowy przedstawiał się jak w dniu przyjęcia.



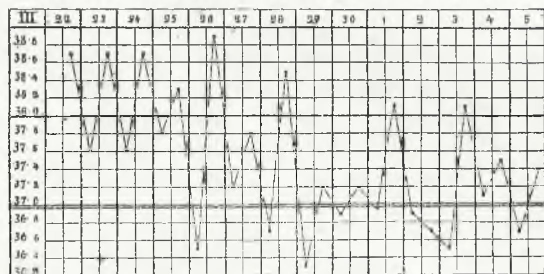
Język tylko nieznacznie obłożony; bóle głowy tylko chwilowe i to niezbyt silne; kaszel i kłucie w boku prawym, śledziona się nie powiększyła. Biegunka utrzymywała się w miernych granicach, 1 do 2 stolców wolnych na dobę, lub nawet stolec był zaparty, tak że musiano uciekać się do środków przeczyszczających.

Od dnia 14. X. ciepłota się nie podniosła i stan podmiotowy chorej był zupełnie prawidłowy, dopiero w dniu 29. X. stwierdzono u chorej skurczowy cichy szmer nad końcem serca, zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, przy tętnie, dochodzącem do 102 uderzeń na minutę bez podniesienia się ciepłoty.

U chorej wykonano próbę aglutynacyjną co do duru brzusznego, która wypadła ujemnie, próba zaś co do paratyfusu B wypadła dodatnio, wobec czego rozpoznanie brzmiało: Paratyfus B, w przebiegu którego wywiązało się podostre zapalenie wsierdzia.

III. Mężczyzna 50-letni, z Prus pod Krakowem, podaje przy przyjęciu do szpitala dnia 22. X., że czuje się niezdrowym mniej więcej od 6 dni, miewa dreszcze, gorączkę, silne darcie i bóle w kończynach, zupełny brak łaknienia, po każdem jedzeniu wymioty, a stolec ma być zaparty. Badanie w dniu przyjęcia stwierdza stan następujący: Mężczyzna silnie zbudowany i odżywiony, o ciepłocie ciała 38·5, tętno 90 uderzeń na minutę, liczba oddechów 24, mierny kaszel. Język lekko obłożony, na skórze niema żadnej wysypki, ani w płucach, ani w sercu nic nieprawidłowego stwierdzić nie można. Śledziona nie powiększona, pod łukiem wyczuć się nie daje. Mocz barwy winnej, oddziaływa kwaśno, zawiera ślad białka, chlorki wyraźnie zmniejszone.

Ciepłota ciała, jak na krzywej uwidoczniono, z początku rano zwalniająca, staje się przerywaną, a ciepłota wieczorna dochodzi najwyżej do 38·8°.



Podczas całego przebiegu choroby — chory czuł się względnie dobrze, żalił się na znośne bóle głowy i to krótkotrwałe; stolec był przeważnie zaparty, tak, że podawano środki czyszczące. Od dnia 5. XI. ciepłota się już więcej nie podniosła.

W przypadku tym próba aglutynacyjna w pierwszych dniach pobytu w szpitalu wypadła tak co do duru brzusznego, jak i co do paratyfusu B dodatnio.

We wszystkich tych trzech przypadkach widzimy przebieg choroby od rzeczywistego duru brzusznego nieco odmienny. I tak, ciepłota ciała znacznie niższa i wyraźnie zwalniająca, albo nawet, jak w III. przypadku, przerywana. Chorzy zachowują przytomność, żalą się na bole głowy tylko chwilowe. U żadnego z nich wysypki durowej nie spostrzegano, chociaż czasem może się ona pojawiać; i tak Kohnrich opisuje epidemię paratyfusu B, w czasie której na 19 przypadków w 5 była wysypka durowa, lecz bardzo skąpa.

Język we wszystkich trzech naszych przypadkach nieznacznie obłożony, podsychający lub wilgotny, w żadnym przypadku nie przedstawiał obrazu języka charakterystycznego dla duru brzusznego. Śledziona tylko w I. przypadku wyraźnie powiększona, brzeg jej dawał się wyczuć pod łukiem żebrowym. Brzuch w przypadku I. i II. nieco wzdęty, dawało się stwierdzić kruczenie nad kiszką ślepą. Stolce w dwóch pierwszych przypadkach wolne i podobne do durowych, lecz nigdy ich więcej nie było, niż 2 na dobę, często zaś, a w przypadku III. stałe zaparcie stolca tak, że trzeba się było uciekać do środków przeczyszczających.

Wobec ujemnych wyników badania fizycznego, do rozpoznania dochodziło się przez wyłączenie innych cierpień, dających objawy fizyczne, a potwierdzało się rozpoznanie próbą aglutynacyjną, która w 2 pierwszych przypadkach wypadła co do duru brzusznego ujemnie, co do paratyfusu B dodatnio, w III. zaś przypadku dała co do obu odmian wynik dodatni, mimoto przypadek ten był nader lekki i do paratyfusu B zbliżony. Analogiczny przypadek podwójnego zakażenia opisuje Becker, gdzie w przebiegu nader lekkiego duru brzusznego wyhodował z krwi tak prątki duru, jak i paratyfusu B, surowica obydwa te rodzaje aglutynowała; choroba rozpoczęła się objawami ostrego nieżytu żołądka i trwała 12 dni. Popp opisuje również podobne mieszane zakażenia.

Co do powikłań, to stwierdzono w II. przypadku jako powikłanie wystąpienie podostrego zapalenia wsierdzia; zapalenie ucha środkowego w przypadku pierwszym uważać się musi natomiast tylko za nawrót cierpienia zadawnionego, który mógł nastąpić i bez nabycia paratyfusu B. Niekiedy mimo lekkiego i stosunkowo krótkotrwałego przebiegu paratyfusu B powstają powikłania, i to groźne; świadczą o tem przypadki, opisane przez Ringla, który spostrzegał dwa przypadki ostrego zapalenia opon mózgowych, w jednym przypadku ropień płuc, z którego ropy wyhodował prątki paratyfusu B, wreszcie zapalenie płuc włóknikowe z wytworzeniem się licznych zatorów żylnych.

Śmiertelność przy paratyfusie B. jest nieznaczna Kayser oblicza ją na 3·1%, Roesche i Rode podają ją jako nie dochodzącą do 2%.

W wywiadach w żadnym z tych trzech przypadków nie dało się stwierdzić źródła choroby, ani też nic charakterystycznego dla powstawania paratyfusu B. Jedynie w III przypadku miały być zaraz w pierwszych dniach prócz ogólnego osłabienia, dreszczy, gorączki, darcie, bóle w kończynach, a także i wymioty po każdem jedzeniu, coby przemawiać się zdawało za tem, że wystąpienie choroby powstało równocześnie jako intoksykacya i zakażenie, przyczem drugie przetrwało pierwszą, wywołując wyżej opisany obraz chorobowy. Jak wiadomo bowiem, drobnoustroje, należące do grupy paratyfusu B, a nie dające się naszymi dotychczasowymi środkami badania dokładnie rozróżnić, wywołują u człowieka cierpienia dwojakiego rodzaju, a mianowicie 1) rodzaj lekkiego duru brzusznego, odmiana »durowa«, właśnie jak w trzech wyżej opisanych przypadkach, wywołana zakażeniem samymi prątkami, 2) zatrucie toksynami drobnoustrojów, objawiające się jako ostry nieżyt żołądka i jelit, jako odmiana »żołądkowo-jelitowa«. Druga ta odmiana, przebiegająca czasem z krwawymi stolcami i podniesieniem ciepłoty, a trwająca 3 do 4 dni, uchodzi często za zatrucie mięsem, bo w wielu przypadkach stwierdza się, jako przyczynę spożycie mięsa, zakażonego prątkami paratyfusu B.

Drobnoustroje paratyfusu B. są w przyrodzie nader rozpowszechnione i dokładne badania autorów przeważnie niemieckich stwierdzają, że znajdują się one nietylko w wodzie, lecz prawie w każdem mięsie i w produktach jadalnych, pochodzących ze zwierząt nawet zdrowych, — jak w kiełbasach, kiszkach, za słabo wędzonych, a nie gotowanych. Drobnoustroje te znajdują się stale w treści jelit tak zdrowych ludzi, jak i zdrowych zwierząt, a wywołują dużo chorób zakaźnych i u zwierząt, — jak np. tyfus myszy i zaraza nierogacizny, co do której jednak niektórzy autorzy podają w wątpliwość, czy właśnie prątek paratyfusu jest jedyną tej choroby przyczyną.

Wobec tego, że na każdym kroku spotykamy prątki paratyfusu, przypuścić musimy, że w życiu codziennem stale spożywamy w naszych pokarmach te chorobotwórcze drobnoustroje, lecz do zakażenia potrzeba z jednej strony wielkiej ilości tych drobnoustrojów — lub wielkiej ilości nagromadzonych toksyn, z drugiej strony musi ustrój być usposobionym do zakażenia się, przewód pokarmowy musi być niezupełnie zdrowym i to tłómaczy także, dlaczego przypadki paratyfusu B, i to tak w formie intoksykacyi, jak i zakażenia droboustrojowego, zdarzają się najczęściej w lecie i z początkiem jesieni; właśnie bowiem w tym czasie najczęściej występują cierpienia żołądka i jelit, które usposabiają do łatwiejszego zakażenia się wogóle.

Oceny i sprawozdania.

Prace Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią. Warszawa 1911.

Zbiorowe wydawnictwo kilku prac naukowych, pisanych przez lekarzy szpitalnych, stanowi rzadkie zjawisko nawet zagranicą, gdzie zazwyczaj warunki są względnie znacznie dogodniejsze dla pracy naukowej, niż w naszych szpitalach. Doprowadzenie zatem do skutku takiego wydawnictwa zbiorowego w naszych trudnych warunkach jest prawdziwą i wielką zasługą, która powinna znaleść uznanie tem bardziej, jeżeli prace są sumiennymi przyczynkami naukowymi. A właśnie za takie uznać należy prace lekarzy Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce pod Łodzią, powstałe z inicyatywy jego naczelnego lekarza, Dra W. Chodźki.

Pierwszym w tym zbiorze jest artykuł W. Chodźki: **Przyczynek do sprawy t. zw. objawu mostkowego.** Objaw ten, opisany przez autora po raz pierwszy w Nr 44 »Medycyny i Kroniki lekarskiej« z 1909 r., polega na tem, że uderzenie ciężkiego młotka perkusyjnego po linii środkowej rękojeści mostka wywołuje odruchowy skurcz dwugłowego mięśnia ramienia po jednej albo po obu stronach. Ze 169 osób badanych stwierdził autor objaw ten u 27 chorych z organicznemi zaburzeniami układu nerwowego. Nadto słabo zaznaczony występował ten objaw tylko u łaziennego szpitalnego, który zresztą żadnych objawów chorobowych nie okazywał. Dopiero w 7 miesięcy później stwierdzono u niego wieloogniskowe stwardnienie. Stąd wnosi Chodźko, że jego objaw mostkowy jest nietylko bardzo stałym, ale i wczesnym objawem organicznych zaburzeń układu nerwowego.

W artykule: **O psychozach kiłowych pod względem klinicznym** dochodzi Chodźko do wniosku, że psychozy kiłowe »posiadają swoistą podstawę anatomiczną, ściśle odpowiadającą objawom klinicznym«, i że psychozy kiłowe ekspansywne wywołane są przez meningitis basilaris gummosa, a defektywne przez endarteriitis luetica basis.

Z takiem twierdzeniem przy obecnym stanie nauki trudnoby może było się zgodzić, ponieważ dotychczasowe badania nie zdołały wykazać takiej ścisłej odpowiedniości między temi zjawiskami (klinicznemi i anatomicznemi) i wykazanie tego związku pozostawić musimy dopiero przyszłości.

Trzecią pracą są: **Badania inteligencyi umysłowo-chorych według schematu Bernsteina,** St. Kopcińskiego. Autor badał stan inteligencyi 77 umysłowo chorych i pewnej liczby zdrowych ludzi metodą Bernsteina, polegającą na kombinacyi kilku metod jednocześnie. Dobrze świadczy o krytycyzmie autora, że na razie nie dążył do różniczkowania klinicznego postaci chorobowych (jakkolwiek swoje doświadczenia podaje naturalnie według grup klinicznych), tylko do określenia stopnia inteligencyi i jej braków. Również jako zaletę pracy należy podnieść, iż autor trzymał się ściśle metody Bernsteina (chociaż widział jej niedokładności) i uniknął łatwego stworzenia przez wprowadzenie pewnych zmian t. zw. »własnej« metody, która uniemożliwia wszelkie porównania. Autor nie przecenia wartości tego rodzaju badań, słusznie jednak podkreśla ich znaczenie kliniczne.

O. Sokołowski podaje: **Wyniki badań chorych umysłowych na próbę Wassermana,** dokonanych w Kochanówce. Autor opisuje techniczną stronę badań, a następnie wyniki 248 określeń u 148 chorych (w tem 42 płyny mózgowo-rdzeniowe u 41 osób) i 47 określeń u 18 psychicznie zdrowych ludzi. Wnioski swoje formułuje autor w następujący sposób: 1) Dodatni wynik odczynu Wassermana w płynie mózgowo-rdzeniowym otrzymano tylko w porażeniu postępującem. 2) Dodatniemu wynikowi odczynu Wassermana w płynie mózgowo-rdzeniowym zawsze towarzyszy dodatni wynik jednej lub obu prób innych (próba Nonnego i badanie cytologiczne), jak również i dodatni wynik we krwi. 3) Pożądane jest wykonywanie określeń z kilku wywoływaczami jednocześnie dla otrzymania pewniejszego wyniku. 4) Przy odczytywaniu wyników pożądane jest wprowadzenie metod przedmiotowych w rodzaju hemoglobinometrycznej. 5) Z wywoływaczy nieswoistych najbardziej się nadaje wyciąg wyskokowy, a najmniej wywoływacz Sachsa i Rondoniego. 6) Odczyn Wassermana uwydatnia znacznie rolę, jaką należy przypisać kile w szeregu przyczyn zwyrodnienia i chorób umysłowych. 7) Przy 55 nakłuciach lędźwiowych nie było ani razu następstw niebezpiecznych.

Wydawnictwo zamyka doroczne **Sprawozdanie z czynności Szpitala w Kochanówce,** opracowane przez naczelnego lekarza W. Chodźkę, z którego to sprawozdania z uznaniem podnieść należy — oprócz samego faktu publikowania dorocznych sprawozdań — zaprowadzenie dla służby kursów pielęgnowania chorych, zaprowadzenie usługi kobiecej na oddziałach męzkich i wreszcie widoczną wielką staranność o dalszy rozwój zakładu wogóle.

J. Mazurkiewicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Fromme i Collman. **Znaczenie rozpoznawcze i lecznicze szczepionek gonokokowych przy wiewiórze u kobiet.** (Pract. Ergebn. f. Geb. u. Gynaek. 1911, T. IV). Bruck pierwszy podjął myśl leczenia wiewióra przez uodpornianie czynne szczepionką z hodowli dwoinek wiewiórowych, którą wprowadzał podskórnie w dawkach wzrastających w odstępach czasu 4—5-dniowych. Leczenie to zmodyfikował Reiter, który wprowadza dawki małe (0·5 cm³)

unikając faz ujemnych, kiedy ilość ciał ochronnych w ustroju jest zmniejszona i kiedy klinicznie chorzy czują się gorzej. W celu stwierdzenia wartości rozpoznawczej przetworu Reitera, F. i C. stosowali go u 80 chorych. Z tych było: 8 przypadków wiewióra świeżego, 60 ze zmianami przydatków, najprawdopodobniej na tle wiewiórowem (nie stwierdzone bakteryologicznie), 2 świeże przypadki wiewióra macicy. 10 chorych było takich, które z całem prawdopodobieństwem nigdy wiewióra nie przebywały. Zarówno odczyn miejscowy, jak i ogniskowy nie dały nic charakterystycznego, coby można było wyzyskać w kierunku rozpoznania różniczkowego (np. pyosalpinx i gr. extrauterina). W celu leczniczym stosowano przetwór Reitera w okresie bezgorączkowym co 4 dni od 0·5 cm³ — 1·3 cm³. Tylko w przypadkach sprawy ogniskowej, zamkniętej (ropniak jajowodu), szybko ustępowały objawy podmiotowe. Stan przedmiotowy wykazał zupełną poprawę w 22·2%, polepszenie w 42·2%. Na wiewióra cewki moczowej, szyjki i trzonu macicy przetwór nie miał wpływu. Najodpowiedniejszymi więc do leczenia okazały się przypadki świeżego ropniaka jajowodu po ustąpieniu gorączki.

Przetwór Brucka, arthigon, stosowano co 4—5 dni w dawkach 0·5—1·0—1·5—2 cm³ u 50 chorych. Przy zmianach w przydatkach na tle wiewiórowem (ropniak jajowodu) występowało podwyższenie ciepłoty ponad 38°. Ten więc przetwór dałby się wyzyskać w kierunku rozpoznawczym. Po wstrzyknięciu występował odczyn ogniskowy w postaci bólów równolegle z podwyższeniem ciepłoty. Zmiany stare, wiewiór szyjki i cewki nie dają tego odczynu. Pod względem leczniczym w dawkach powyżej 1·0 cm³ okazał się arthigon mniej skutecznym, niż przetwór Reitera. Wprawdzie objawy podmiotowe ustąpiły w 70% przypadków, lecz przedmiotowe tylko w 8%. A. Markowa.

Herff. **O wytrzebianiu zapomocą operacyi i promieni Roentgena.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 1). Wytrzebianie operacyjne stosowano dawniej często przy włókniakach macicy. Obecnie w tym samym celu stosuje się naświetlanie promieniami Roentgena. Zestawiając braki i zalety obu tych metod, stwierdza H., że wprawdzie promienie Roentgena nie przedstawiają tego niebezpieczeństwa, jakiem jest wogóle otwarcie jamy brzusznej, prawdopodobnie dają też mniej wybitne objawy braku czynności jajników, narażają jednak na inne niebezpieczeństwa, jak przewlekłe zapalenie skóry po naświetlaniu, rozwój raka lub mięsaka. Pewny wynik daje tylko leczenie operacyjne, a dalsze jego strony dodatnie polegają na tem, że trwa ono krótko, jest znacznie mniej kosztowne, niż leczenie promieniami Roentgena, i granice jego są szerzej zakreślone.

A. Markowa.

Okulistyka.

Pagenstecher. **Doświadczalne wytwarzanie różnych wrodzonych nieprawidłowości, a zwłaszcza wrodzonej zaćmy u zwierząt.** (Ophthalmology, Vol. VIII., 1911, Nr 1). Karmiąc naftaliną ciężarne samice królików, otrzymywał autor u potomstwa różne postacie zaćmy, jak cataracta perinuclearis, capsularis anterior et posterior, fusiformis, stellata etc. Oprócz tego występowały u młodych, rodzonych przez tak zatruwane samice, różne inne wrodzone zmiany na oczach, jak: mikroblepharia, coloboma palpebrarum, keratoblepharon, arteria hyaloidea persistens, coloboma iridis, nervi optici, chorioideae, lenticonus posterior etc. Jako dowód, że zmiany te były wynikiem przemijającego tylko zatrucia, przytacza autor okoliczność, że młode z następnego i z dalszych pomiotów, kiedy matki w okresie ciąży nie dostawały już naftaliny, przychodziły na świat bez jakichkolwiek zmian na oczach. K. W. Majewski.

Rollet i Curtil. **Badania z zakresu tonometryi ocznej.** (Revue gén. d'opht. 1911, Nr 11). Autorowie badali wpływ różnych środków na ciśnienie śródgałkowe w oczach prawidłowych, posługując się przytem tonometrem Schiötra i doszli do następujących wniosków: Pomiędzy środkami znieczulającymi, niektóre, jak holokaina, tropakokaina, akoina, nie wywierają żadnego wpływu na ciśnienie śródoczne, inne, jak eukaina B. i alypina, podnoszą je wyraźnie i prawie bezpośrednio po zapuszczeniu. Kokaina wreszcie, wbrew ogólnemu zdaniu, nie działa hypotonizująco, lecz raczej podnosi cokolwiek ciśnienie (?). Środki rozszerzające źrenicę wywołują krótkotrwałe, wyraźne podniesienie ucisku; najsilniej hypertonicznie działa euftalmina, najsłabiej duboazyna i skopolamina. Środki zwężające, które w przypadkach jaskry wybitnie obniżają ciśnienie, pozostają w tym względzie prawie bez wpływu na oko prawidłowe, które po zapuszczeniu pilokarpiny nie mięknie wcale, a po zapuszczeniu ezeryny bardzo niewiele. Adrenalina działa hypotonizująco, a w stanach zapalnych wywołuje czasem prawdziwy »collapsus bulbi« (T = 11). K. W. Majewski.

Haab. **Wydobywanie ciał obcych zapomocą elektromagnesu.** (Ophtalmology 1911, Vol. VIII, Nr 1). Autor, jako twórca elektromagnesu olbrzymiego, jest przeciwnikiem używania małych elektromagnesów ręcznych i wprowadzania nasadki wgłąb gałki ocznej przez cięcie twardówkowe. Cięcie takie uważa za niebezpieczne ze względu na możliwość oderwania siatkówki. Zdaniem jego dla celów okulistycznych elektromagnes nigdy nie jest zanadto silny; im większy, im potężniejszy, tem lepszy. W razie potrzeby siłę przyciągającą można umiarkować, oddalając oko od bieguna, względnie używając jako bieguna dłuższej nasadki. Według poleconego przez siebie sposobu radzi Haab wyprowadzać ciała obce do przedniej komory i stąd wydobywać je zapomocą cięcia w rogówce. Jest to wprawdzie zazwyczaj droga dłuższa, niż przez cięcie twardówkowe, ale zato o wiele bezpieczniejsza. Szczegółowa lokalizacya odprysku zapomocą promieni Roentgena, lub sideroskopu, jest zbyteczna, gdyż elektromagnes wydobędzie go zewsząd, gdziekolwiekby utkwił. K. W. Majewski.

Gravier. **Ślepota połowicza wskutek gruźlicy mózgu.** (Revue gén. d'opht. 1911, Nr 10). W przypadku połowiczej ślepoty (nosowej) lewego, a zupełnej ślepoty prawego oka, gdzie nastąpiło zejście śmiertelne wśród objawów mózgowych i wysokiej gorączki, sekcya wykazała obecność guza gruźliczego, który zdawał się wychodzić z lewego płatu czołowego i obejmował skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Stąd zaburzenie wzroku. Guz ten, o rozmiarach 7·5 cm × 4 cm × 6 cm, zajmował miejsce jądra ogoniastego (nucleus caudatus) i soczewkowatego (n. lenticularis), przypierając do torebki wewnętrznej. Guz popielaty (tuber cinereum) przedstawiał jednolitą masę serowatą i w tem miejscu naciek gruźliczy przechodził na drugą, prawą półkulę mózgową, niszcząc także częściowo spoidło wielkie. Badanie mikroskopowe nacieku wykazało typowe gruzełki z komórkami olbrzymiemi. Prątków gruźliczych nie znaleziono.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 8. stycznia 1912.

1) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy, wykonanej wspólnie z p. J. Roblem p. t.: **O β-filoporfirynie.** W jednej z poprzednich prac o pochodnych chlorofilu autorowie opisali wyniki rewizyi badań nad filoporfiryną, odkrytą przez Schuncka i Marchlewskiego i badaną później przez ostatniego z szeregiem współpracowników. Rewizya ta dała potwierdzenie poprzednich wyników; stwierdziła przedewszystkiem, że »zasadowość« jej jest większa, niż to podał Willstätter. W pracy niniejszej autorowie opisują ciało podobne do filoporfiryny, które niekiedy powstaje obok filoporfiryny właściwej przy ogrzewaniu chlorofila-

nowych kwasów z alkaliami do temperatury 200°. Ciało to miał także w rękach niewątpliwie Willstatter, lecz zbadał je niedokładnie i wadliwie. Opierając się na błędnem przypuszczeniu, że filoporfiryna Schuncka i Marchlewskiego nie ekstrahuje się $^1/_2$ % kw. solnym, poddał roztwory eterowe, oba czerwone barwiki zawierające, ekstrakcyi tym kwasem. Autorowie stwierdzają, że takie postępowanie prowadzi do wyosobnienia ciała nieczystego. Jedynie przy stosowaniu $^1/_4$ % kw. solnego można oddzielić nowe ciało od dawniej odkrytej filoporfiryny. Nowe to ciało otrzymało nazwę β-filoporfiryny, ma ono widmo całkiem inne niż to, które podaje Willstätter; jego opis stosuje się, jak się okazało, do mieszaniny dwu ciał. Krystalizuje się ono łatwo w igiełkach, trudno rozpuszczalnych w eterze i alkoholu, łatwo w kwasie octowym.

2) Czł. Kostanecki przedstawia pracę p. K. Białaszewicza p. t.: **Badania stosunków osmotycznych w rozwoju żaby i kury.** Autor doszedł do następujących wyników: Jaja żaby bezpośrednio przed wydobyciem się z jajnika mają nieco niższe ciśnienie osmotyczne, niż ma na ogół przeciętnie dorosły ustrój matki. Aż do chwili wyklucia zarodków odbywa się w nich zmniejszenie koncentracyi substancyi osmotycznie czynnych. Po wykluciu wzrasta ciśnienie osmotyczne także w rozwoju pozaembryonalnym. Autor podaje dalej wyniki pomiarów wykonanych na zarodkach kurczęcia, które naogół są zgodne z tem, co autor znalazł przy rozwoju żaby. Następnie omawia autor znaczenie warstwy płynu kołożółtkowego (perivitellin) i cieczy amnionalnej, oraz podaje wyniki pomiarów ciśnienia osmotycznego w tej ostatniej w różnych okresach rozwoju. Z porównania tych danych z liczbami, wyrażającemi ciśnienie osmotyczne śródembryonalne, wynika daleko idąca niezależność ciśnienia osmotycznego śródembryonalnego i ciśnienia osmotycznego w otaczającym płynie. Autor podaje hypotetyczne objaśnienie mechanizmów, regulujących te stosunki, w końcu zaś omawia znaczenie wyników swej pracy dla spraw wzrostu embryonalnego ustroju.

(Prócz tego przedstawiono 4 inne prace, których treść przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 17. I. 1912.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 62.

1) Kol. prof. Rutkowski przedstawia przypadek **operacyi tętniaka urazowego tętnicy podobojczykowej lewej.** P. l. 25, zgłosił się na oddział chirurgiczny z powodu guza w dołku nadobojczykowym lewym. Guz ten miał powstać w dwa miesiące po zranieniu narzędziem ostrem. Badanie przy przyjęciu wykazało tętniaka tętnicy podobojczykowej lewej, wielkości jaja kurzego. Tętno tętnicy sprychowej lewej w porównaniu z tętnem prawej niezmienione, chory nie doznaje żadnych dolegliwości, kończyna górna lewa bez zmian. — Przystępując do operacyi, miano w planie przedewszystkiem t. zw. idealną operacyę tętniaka, t. j. wycięcie tętniaka i zeszycie tętnicy czy to szwem okrężnym, czy też bocznym. Cięciem wzdłuż obojczyka lewego i przepiłowaniem tegoż odsłonięto guz, który dał się dość łatwo wydzielić z otaczających tkanek, poczem przekonano się, że tętniak wychodził z górnej ściany tętnicy podobojczykowej tuż przy przejściu jej między mięśniami pochyłymi. Guz odcięto, a ranę tętnicy, około 3 cm. długą, zeszyto szwem ciągłym jedwabnym. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Tętno tętnicy sprychowej lewej przez cały czas pooperacyjny niezmienione. Obecnie P. opuszcza oddział i oprócz blizny pooperacyjnej nie wykazuje żadnych zmian. Jestto wogóle czternasty przypadek idealnej operacyi tętniaka, a pierwszy tętniaka tętnicy podobojczykowej (streszczenie własne).

Kol. Prof. Nowotny przedstawia:

a) Chłopca 13-letniego z rozpoznaniem **meningo-encephalitis serosa** po ropnem zapaleniu ucha lewego. U chorego tego przed operacyą dwukrotnie wystąpiły objawy podrażnienia miejscowego opon mózgowych i kory mózgowej w okolicy ośrodków ruchowych. Badanie, dokonane d. 20 paźdz. 1911, wykazało niemotę ruchową, porażenie prawego nerwu twarzowego, zboczenie języka na prawo, niedowład ręki i nogi prawej, tętno 110. Odruchy ścięgniste nieco żywsze po stronie prawej; — zamroczenie. Badanie ucha lewego wykazało ropienie przewlekłe, polip ucha środkowego, zniszczenie błony bębenkowej. Chorego tego operował mowca w stadyum zupełnego zamroczenia. Chory po przyjściu na klinikę stracił przytomność, wystąpiły drgawki twarzy obustronne, silniejsze po prawej, niż po lewej stronie, zboczenie głowy i gałek ocznych w kierunku poziomym, drgawki kończyny górnej i dolnej lewej, podczas gdy kończyny prawe zwisały bezwładnie. W tym stanie chorego wykonana operacya doszczętna ucha lewego wykazała tylko zmiany w uchu środkowem; kość oddłutowano aż do wysokości kąta oka; na tejże wysokości przy nakłuciu w głębokości 2—$2^1/_2$ cm. wydobyto około $1^1/_2$ cm^3 płynu surowiczego. Opony bez zmiany. Wszystkie powyżej opisane objawy w przeciągu tygodnia ustąpiły.

b) Chłopca 15-letniego, u którego mowca otwarł przed $1^1/_2$ rokiem **ropień prawego płatu skroniowego.** Chory ten cierpiał na przewlekłe ropne zapalenie ucha prawego z wytworzeniem się polipów. Chory, który wprost ze szkoły przyszedł na klinikę, narzekał od kilku dni na senność, zawroty głowy. Tętno 54—60, nieregularne. Attico-antrotomia; po usunięciu stropu jamy bębenkowej ropień podoponowy z wydzieliną cuchnącą. Po przecięciu opony twardej i po nacięciu mózgu wchodzi się do jamy wielkości małego jaja kurzego, z której wydobyła się obficie ciecz ropna cuchnąca. Ropień ten łączył się z ropniem podoponowym wązką przetoką. — W przeciągu kilku tygodni zupełne wyleczenie. Operowany podziśdzień zupełnie zdrowy.

c) Chłopca 6-letniego, z powodu przewlekłego ropienia i zapalenia wyrostka sutkowego dnia 26 czerwca 1911 operacya doszczętna. Operacya wykazała ubytek w wyrostku sutkowym, granulacye w jamie i komórkach sutkowych, ropienie wzdłuż zatoki poprzecznej; powierzchnia jej nierówna, ziarnista. Z niewygojoną raną zabrali rodzice chłopca do domu. Chory zgłosił się znowu d. 29 paźdz. — Badanie wykazało **wypadnięcie móżdżku** wielkości korony; powierzchnia tej części mózgu obumarła, czarno zabarwiona, w głębi ropień. Leczenie polegało na oddłutowaniu naokoło kości, tamponadzie ropnia. Pomimo ucisku wypadnięcie się utrzymuje, ropień się wygoił. Mowca przystąpi z powodu nieustępowania wypadnięcia do odcięcia tej części móżdżku. (Streszczenie własne).

3) Radca dw. prof. Wicherkiewicz składa na ręce prezesa program Zjazdu higienicznego w Waszyngtonie, nadesłany mu przez Dra Józefa Polaka, członka komisyi stałej dla tego Zjazdu.

4) Kol. Dr Eisenberg wygłosił wykład p. t.: **Z biologii bakteryi.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarka doroczna: Dr Ad. Markowa.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8. XI. 1911.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1. Kol. Golc przedstawił przypadek do rozpoznania. Przypadek dotyczy 60-letniego mężczyzny, u którego na skórze klatki piersiowej znajdują się od 5 lat wykwity, skupione, o charakterze przerostowym, miejscami zabliźnione. Zdaniem kol. G. są to albo **kilaki,** albo **toczeń.**

2. Przeczytano odezwę Zarządu Towarzystwa lekarzy rosyjskich im. Pirogowa w sprawie zbierania składek na rzecz instytucyi im. Pirogowa.

3. Przeczytano wyrok sądu stałego przy Towarzystwie

lekarskiem łódzkiem, na mocy którego członek Towarzystwa, L. Klaczkin, za jaskrawe reklamowanie się w prasie codziennej, został z Towarzystwa wykreślony.

4. Kol. Golc przeczytał rzecz p. t.: **O salwarsanie przy kile.** (Sprawozdanie z lecznicy Drów: Talka, Golca Jalnickiego). Prelegent przytoczył liczbę przypadków, w których w ciągu 13 miesięcy stosowano salwarsan. Z początku stosowano go podskórnie i śródmięśniowo, od 9 miesięcy do żył. W świeżych przypadkach stosuje się w lecznicy salwarsan 2 razy, poczem następuje leczenie rtęcią, a na zakończenie znów »606« do żył (0·6). Wyniki tą drogą otrzymane były szybsze. Najlepsze wyniki były w okresie trzeciorzędnym. Przy kile utajonej wpływ »606« uwidoczniał się w ten sposób, że odczyn Wassermanna stawał się ujemnym w niewielkiej ilości przypadków; u większości chorych, zwłaszcza chorych od kilku i kilkunastu lat, odczyn Wassermanna po 3—4 miesiącach pozostawał dodatnim. Na kiłę układu nerwowego, salwarsan działał rozmaicie. W jednym przypadku wiądu rdzenia nastąpiła poprawa w sferze płciowej (potentia), w innym ustąpienie »przełomów żołądkowych«. U większości poprawy nie było. Widoczna była poprawa w jednym przypadku zapalenia rdzenia (myelitis), w 4 przyp. porażenia połowiczego. W porażeniu postępującem — z początku poprawa, później pogorszenie. Przy kilakach mózgu i kiłowych bólach głowy stwierdzono dobry wpływ salwarsanu. Przy cierpieniach oczu pochodzenia kiłowego działanie salwarsanu zależne było od rodzaju cierpienia. W (2 przyp.) zaniku n. wzrokowych nie było polepszenia, przy zapaleniu siatkówki (2 przyp.) w jednym przyp. polepszenie szybkie, w drugim poprawa nastąpiła dopiero po zastosowaniu energicznego leczenia rtęciowego. W przypadku kilaka tęczówki i hypopyon nastąpiło wyleczenie po zastosowaniu salwarsanu i rtęci. Również w jednym przypadku porażenia mięśni oka wyleczenie po zastosowaniu salwarsanu i rtęci, w drugim niezupełne wyleczenie. Na ogół działanie salwarsanu jest szybkie i zbawienne, lecz tylko w rzadkich i wyjątkowych przypadkach następowało zupełne wyleczenie przy stosowaniu samego tylko salwarsanu, bez rtęci. Nawroty jednakże spostrzegano rzadziej, aniżeli dawniej przy wyłącznem leczeniu rtęcią. Co się tyczy nawrotów nerwowo-mózgowych, kol. G. podziela zdanie tych autorów, którzy sądzą, że nawroty nerwowe są przejawami działania jadu kiłowego na nerwy osłabione lub podrażnione salwarsanem.

W dyskusyi podnoszono dodatni wpływ salwarsanu w poszczególnych przypadkach zmian jamy nosowogardłowej (kol. Helman); podkreślano niedostateczny skutek, spostrzegany przy stosowaniu tego środka w jednym przypadku, gdy chodziło o działanie ochronne i lecznicze, a mianowicie, kiedy zastosowano go u ciężarnej, dotkniętej przymiotem: dziecko urodziło się z objawami choroby (kol. Kaufman). Dalej w dyskusyi omawiano technikę wstrzykiwań, mówiono o tem, jaki być powinien odczyn płynu wstrzykiwanego (do żył). Z jednej strony przypisywano odczynowi zasadowemu powstawanie rozległych uszkodzeń części miękkich w sąsiedztwie żyły, do której salwarsan wstrzyknięto i przytoczono przypadek takiego uszkodzenia (kol. Leyberg), — z drugiej strony utrzymywano, że płyn zasadowy w słabym stopniu jest nieszkodliwy i że omawiane uszkodzenie części miękkich było najprawdopodobniej innego pochodzenia, jak naprzykład, wstrzyknięcie tego środka nie do światła naczynia, lecz na zewnątrz żyły (Sonnenberg); że w sprawach kiłowych salwarsan działa nie lepiej od rtęci i jodu, lecz tylko w ten sposób, że jedna nieraz dawka jego działa tak, jak długotrwałe mieszane leczenie (kol. Klozenberg). W sprawie stosowania »606« w chorobach oczu na tle przymiotowem, zauważono, że przeciwwskazania są tu bardzo rzadkie, że co do skuteczności tego środka w chorobach oczu zdania są bardzo podzielone, zwłaszcza krytyce środek ten podlega ze strony francuzów (kol. Koliński), Wreszcie mówiono o stosowaniu i wynikach stosowania salwarsanu w innych sprawach chorobowych, nie przymiotowych, a mianowicie w gorączce powrotnej (kol. Rosenthal), w białaczce (kol. Tenenbaum), w chorobach wewnętrznych (kol. Szwarcwasser), w cierpieniach skóry — przy liszaju czerwonym płaskim (Sonenberg), przy cierpieniach stawów (kol. Maybaum) i dłużej zatrzymano się na działaniu farmakologicznem salwarsanu i omówiono zasady chemoterapii wogóle (Sonenberg).

5. W końcu posiedzenia kol. Lange przedstawił **preparaty** mikroskopowe **raka**. E. Sonenberg.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie dnia 19. IX. (1. XI.) 1911.

Obecnych członków 28. Przewodniczy S. Trzebiński.

Z. Gilewicz: **O zdrojowiskach kaukaskich.**

Dyskusya: Kol. Lisowski wskazuje na niektóre ujemne strony wód kaukaskich, w szczególności na brak elementarnych kulturalnych urządzeń, jakoto — brak wody, kanalizacyi, brak odpowiedniego pożywienia. Te braki są tak poważne, że Kaukaz nigdy nie może współzawodniczyć z zagranicznemi, a nawet polskiemi zdrojowiskami. Dla zaradzenia złemu należałoby, by lekarze zakładali odpowiednie wzorowe pensyonaty. Poza tem wszystkiem wielką wadą wód kaukaskich jest wszędzie grasująca zimnica.

Gilewicz odpowiada, że osobiście sam nie jest wielkim zwolennikiem wód kaukaskich. Co do kuchni dyetetycznej, to organizacya jej spotyka wielkie trudności wobec znacznej odległości większych miast, jak Baku i Rostow. Wogóle zaś należy zaznaczyć wszelki brak inicyatywy.

Sekretarz: Fudakowski

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

IV Posiedzenie z dnia 16/29 kwietnia 1911 r.

Obecnych 29 członków i 7 gości.

1) Kol. Bagieński opowiada o przypadku **gruźlicy płuc i pęcherza moczowego,** który pod wpływem **wstrzykiwań tuberkuliny-endotyny Gabryłowicza** zakończył się zupełnem wyleczeniem. Do wydziału sanatoryjnego lecznicy kolejowej w Wilczej Łapie (pod Wilnem) wstąpił młody urzędnik kolejowy z objawami gruźlicy w obu szczytach płuc i pęcherza moczowego; w plwocinie nieliczne laseczniki Kocha, w moczu — dużo ropy, krwi i laseczników gruźliczych. Chory gorączkował stale. Po parumiesięcznem leczeniu sanatoryjnem, połączonem z wstrzykiwaniami endotyny, chory musiał powrócić do swych obowiązków, ponieważ zgodnie z regulaminem urzędnicy kolejowi ponad 2 miesiące chorować w szpitalu nie mogą, w przeciwnym bowiem razie zostają usunięci z posady. To też w ciągu następnych ośmiu miesięcy chory co tydzień przyjeżdżał do sanatoryum dla wstrzykiwań tuberkuliny. Ogółem zrobiono mu przeszło 45 wstrzyknięć. Ostatnie badania moczu wykazały ślady białka, a w osadzie po kilka leukocytów w polu widzenia mikroskopu; laseczników Kocha i krwinek czerwonych nie znaleziono. Obecnie objawy fizyczne w szczytach znikły; rekonwalescent dzisiaj (następuje przedstawienie ozdrowieńca) powrócił z uciążliwej podróży, pomimo to czuje się zupełnie dobrze. Wobec zniknięcia laseczników Kocha i krwinek w moczu, wobec tego, że fizyczne objawy w płucach obecnie nie dają powodu nawet domyślać się, że ongi była tu sprawa gruźlicza, wreszcie wobec tego, że chory czuje się obecnie tak silnym i zdrowym, jak nigdy przedtem, należy przypuścić, że nastąpiło zupełne wyleczenie. Chory jednak w dalszym ciągu co 8.—10. dzień przyjeżdża dla wstrzykiwań endotyny.

W dyskusyi kol. Szapiro przytacza z »Deut. med. Woch.« artykuł Jochmanna i Möllera: Autorowie ci dowodzą, że endotyna Gabryłowicza jest zupełnie pozbawiona własności swoistych; manipulacye chemiczne, jakim poddają

starą tuberkulinę (AT) celem otrzymania endotyny, usuwają wraz z albumozami substancye lecznicze; odczyn wiązania dopełniacza nie wykrywa w endotynie antygenu. Nic więc dziwnego, że wstrzykiwania endotyny pozostają prawie bez wpływu na ciepłotę. — Dr Diłłon sądzi, że ujemny wynik badania moczu nie dowodzi wygaśnięcia sprawy gruźliczej; co się tyczy płuc, to obecnie nie możemy ustalić, w jakim stanie były one przed wstąpieniem chorego do wydziału sanatoryjnego; wiadomo powszechnie, że w dobrych warunkach, a szczególnie w sanatoryum, chorzy nawet z rozległemi zmianami gruźliczemi w płucach poprawiają się na zdrowiu. Wobec tego pytanie, czy przedstawiony chory może być uważany za wyleczonego, czy też tylko za pozornie zdrowego, należy uważać za nierozwiązane. — Kol. Bagieński w odpowiedzi zaznacza, że napady na endotynę w prasie lekarskiej mają cechy reklamy, zwalczającej konkurenta. Nie ulega żadnej kwestyi, że ciepłota po wstrzyknięciu endotyny wznosi się często o 2—3 stopnie; to też mówca stosuje w sanatoryum bardzo małe dawki — znacznie mniejsze, niż zaleca Gabryłowicz, pomimo to często zdarzają się znaczne wznoszenia się ciepłoty. Doświadczenie kliniczne stwierdza, że działanie endotyny w niczem nie różni się od działania innych przetworów tuberkulinowych. Prelegent jest bardzo zadowolony z dotychczasowych wyników stosowania endotyny w sanatoryum kolejowem.

2) Koledzy Barchasz i Szabad mówią o **Wszechrosyjskiej Lidze walki z gruźlicą** i potrzebie utworzenia wydziału owej Ligi w Wilnie. Zebranie powzięło uchwałę: Towarzystwo Lekarskie Wileńskie jako takie wpisuje się na listę członków Ligi; pożądanem jest, by członkowie Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego po wpisaniu się na osobną listę członkowską utworzyli w Wilnie wydział owej Ligi.

V Posiedzenie z dnia 12/25 maja 1911 roku

Obecnych 31 członków i 15 gości.

1) Koledzy Wirszubski i Lewande mają wykład **o chorobie Menierea** i przedstawiają 3 chorych; kol. Wirszubski podaje opis choroby, przytacza klasyfikacyę Frankla Hochwarta, omawia rozpoznanie różniczkowe, oraz podkreśla, że zejścia śmiertelnego podczas napadu nie spostrzegano i sam napad wywołać śmierci nie może. W sprawie leczenia farmakologicznego mówca zaznacza, że chinina, jako jad dla nerwu słuchowego, powinna być zupełnie zarzucona; dawniej właśnie stosowano chininę, i to w dawkach bardzo dużych. — Kol. Lewande pokazuje chorych — dwu z typową chorobą Menierea, trzeciego zaś z podrażnieniem błędnika na tle prawdopodobnie kiłowem. Należy właśnie rozróżniać czystą formę Meniereowską od całego rzędu spraw chorobowych, w których występują objawy zupełnie podobne do objawów w chorobie Menierea. Najcharakterystyczniejsze w chorobie Menierea jest trwałe przytępienie słuchu lub trwała głuchota. U trzeciego chorego objawy podrażnienia błędnika wystąpiły po wstrzyknięciu salwarsanu w 3 miesiące; powstaje pytanie, czy można stosować salwarsan bez obawy ujemnego wpływu tego leku na narząd słuchowy. Jeszcze przed wynalazkiem Ehrlicha Politzer i inni opisywali przypadki, w których pomimo leczenia rtęcią występowały schorzenia kiłowe błędnika. W literaturze »salwarsanowej« opisane są przypadki, w których salwarsan usuwał istniejące sprawy kiłowe błędnika. Mówca twierdzi, że niema najmniejszej podstawy obawiać się ujemnego wpływu salwarsanu na narząd słuchowy. Przymiot powoduje podrażnienie błędnika i należy przypuszczać, że pomiędzy wysypką przymiotową a schorzeniem błędnika istnieje ścisły związek.

W dyskusyi kol. Gerszun dowodzi, że przymiotowe schorzenie błędnika w czasach przedsalwarsanowych było »rara avis«; tłómaczenie Ehrlicha, że na schorzenie przymiotowe błędnika salwarsan niezawsze działa skutecznie dlatego, że nerw przedsionkowy leży w wązkim kanaliku i limfa niedostatecznie tam krąży, — nie jest przekonywające.

2) Kol. Krainskij: **O energetyce żywego ustroju z punktu widzenia najnowszych teoryi i prądów.** Mówca pobieżnie skreślił obraz stosunków, zachodzących w żywym ustroju, wykazał, jaka różnica zachodzi pomiędzy zawiesiną, koloidalnym stanem i rozczynem, wyłożył teoryę Gibbsa o zmianach materyi, o jej formacyi i deformacyi, podkreślił nadzwyczaj ważne dla ustrojów znaczenie koloidów, skreślił pokrótce teoryę jonów. W końcu poruszył sprawę odporności ustroju, zaznaczając, że powyższe teorye chemiczno-fizyczne i nowe prądy w dziedzinie tych nauk rugują przestarzałe teorye, dotąd wszechwładnie panujące w nauce, a między innemi i teoryę Ehrlicha, której filozoficzne spekulacye już nie są zdolne wytłómaczyć wielu zjawisk w zagadnieniu odporności żywego ustroju. Wykład, urozmaicony licznemi doświadczeniami z osmozą, dyfuzyą, powstawaniem prądów elektrycznych w rozczynach o różnem stężeniu i t. d. przeciągnął się do późna, wskutek czego dyskusyi nie było.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego

(od r. 1907).

Na mocy ustawy, zalegalizowanej 23 lutego 1911 r., zaczęło funkcyonować w kwietniu b. r. Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego, do którego na zebraniu organizacyjnem zapisało się na członków rzeczywistych 40 lekarzy, zamieszkałych w powiecie będzińskim.

Zanim przejdę do szczegółowszego sprawozdania z tego, jakoteż i następnych zebrań, muszę zaznaczyć, że wszyscy ci lekarze należeli do Częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego, które wyjednawszy prawo urządzania posiedzeń i w Sosnowcu, umożliwiło lekarzom z Zagłębia zbieranie się od czasu do czasu na miejscu zamiast dosyć kosztownych i kłopotliwych wyjazdów na posiedzenia do Częstochowy. Że jednak ciągła pewna zależność od Częstochowskiego Towarzystwa była z rozmaitych względów niewygodną, więc wystarano się o zalegalizowanie odpowiedniej oddzielnej ustawy. Niemniej jednakże zasługuje na wzmiankę i choćby pobieżne streszczenie działalność poprzednia Towarzystwa lekarskiego na gruncie Zagłębia w ciągu 4 lat od 1907 do 1911 roku, już choćby ze względu na wyjaśnienie, jakie sprawy zajmują nas przeważnie w Zagłębiu.

Ograniczę się do wyliczenia odczytów, referatów i pokazów w ciągu wymienionego okresu.

A więc w r. 1907:

1) Kol. Biegański mówił o najnowszych postępach medycyny wewnętrznej w ostatnich latach: a) o odczynie desmoidalnym Sahliego, b) o wrodzonem zwężeniu odźwiernika, c) o wykrytych w ostatnich czasach rozsadnikach duru plamistego i d) o albuminuria orthotica. 2) Kol. Dehnel: O zapaleniu wyrostka robaczkowego. 3) Kol. Pisarzewski: O pubiotomii. 4) Kol. Putermann: O metodzie antyhemolitycznej. 5) Tenże: O odczynie ocznym tuberkulinowym Calmettea (z pokazami). 6) Kol. Czajkowski wygłosił rzecz, opartą na osobistych badaniach pracownianych i klinicznych, O sztucznem otrzymywaniu surowic leczniczych. 7) Inż. Telakowski: O warunkach zdrowotnych Sosnowca. 8) Kol. Steuermark: Zasady i wskazania rentgenoterapii.

Z pokazów: Kol. Arnold przedstawił przyrząd Röntgena, jak również szereg zdjęć rentgenowskich, ilustrujących doskonale złamanie wyrostka rylcowatego k. łokciowej. Kol. Kołudzki: rozpylacz z motorem elektrycznym. Kol. Putermann: przetwory do wykonywania próby Sahliego, oraz próby krwi: benzydynową, aloinową i gwajakową. Kol. Wrześniowski przedstawił 5 ciekawych preparatów, otrzymanych przy operacyach i opowiedział przebieg chorób i operacyi. Kol. Królikowski pokazał guz, który podczas

porodu wysunął się z odbytnicy i tamował przebieg porodu. Kol. Mojkowski pokazał przypadek nerwiaka, kol. Benzef: przypadek półpaśca (herpes zoster), kol. Żołędziowski: przypadek mięsaka limfatycznego brzucha, kol. Putermann: chorych z glejomięsakiem mózgu i dziecięce porażenie połowicze. Oprócz tego zdali sprawę: kol. Żołędziowski: o przypadku złamania miednicy podczas porodu i kol. Falkowski: o przypadku zastosowania surowicy wyrobu kol. Czajkowskiego przeciwko róży.

Ze spraw społeczno lekarskich omawiano stosunek lekarzy poszczególnych i Towarzystwa lekarskiego do robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym, pod względem określenia stopnia niezdolności do pracy. Wypracowano projekt organizacyi komisyi lekarskich do określania stopnia niezdolności do pracy i przesłano ten projekt Radzie Zjazdu górniczego z prośbą o przyspieszenie organizacyi rzeczonych komisyi. Wobec częstych przypadków niezadowolenia z przyznawanego % niezdolności do pracy i częstej rozbieżności świadectw, wydawanych prywatnie przez rozmaitych lekarzy, powzięto następującą uchwałę: »Towarzystwo lek. zaleca członkom swoim w żadnym przypadku nie przyjmować na siebie roli superarbitra w ocenianiu stopnia niezdolności do pracy robotnika, jak tylko z upoważnienia Towarzystwa lekarskiego«.

Oprócz tego wiele czasu poświęcono omawianiu spraw lecznictwa fabrycznego i jego bolączek. Powzięto myśl opracowania planu uzdrowiska dla chorych gruźliczych robotników i w tym celu postanowiono opracować i rozesłać kolegom odpowiedni kwestyonaryusz.

W r. 1908 odbyły się następujące odczyty: 1) Kol Sawicki: Sprawozdanie i nieco kazuistyki z praktyki w Busku w r. 1907. 2) Kol. Trzebiatowski: O objawach ocznych przy rozmaitych chorobach wewnętrznych. 3) Kol. Mojkowski: Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie. 4) Kol. Żołędziowski: O chorobach zawodowych górników ze szczególnem uwzględnieniem suchot płucnych. 5) Kol. Okuszko: O wzruszeniach. 6) Kol. Czajkowski: Wiewiór u kobiet. 7) Kol. Putermann: Kilka słów o działaniu surowic leczniczych wogóle, a surowicy przeciwpłoniczej w szczególe.

Poza odczytami działalność Towarzystwa polegała na pokazywaniu ciekawych preparatów i przyrządów, sprawozdaniu i przedstawianiu ciekawszych przypadków kazuistycznych. Mianowicie kol. Wołtowicz przedstawił przyrząd, używany do odczynu Pirqueta; kol. Putermann: kamienie żółciowe i wpływ na nie kropel Duranda; kol. Arnold: rentgenogram ramienia, gdzie przypuszczano narośl kostną, a zdjęcie nie potwierdziło rozpoznania; kol. Bartkiewicz przedstawił operowany guz w okolicy kątniczej i raka ślepej kiszki; kol. Arnold przedstawił przypadki naczyniaka (teleangiectasia) na wardze dolnej, kostnienia mięśnia (myositis ossificans m. sartorii) po urazie, rozsiane włókniaki podskórne, przypadek zatoru płuc po złamaniu uda; kol. Breszel: przypadki przepukliny oponowej i stopy końskoszpotawej; kol. Putermann: przypadek kiłowego porażenia rdzeniowego, przypadek wiądu rdzenia, którego objawy nastąpiły po nieszczęśliwym wypadku, przypadek rozpoznanego guza mózgu, ulegający swoistemu leczeniu; kol. Bartkiewicz: chorego po zwichnięciu obojczyka; kol. Zaborski: 2 dzieci z chorobą Littlea, przypadek niemoty; kol. Królikowski opowiadał o przypadku szczególnie przebiegającego, niepewnego pod względem rozpoznawczym uogólnienia się raka (carcinomatosis generalis); kol. Dehnel: o kilku przypadkach z praktyki z szczęśliwym przebiegiem pooperacyjnym.

W sprawie posunięcia naprzód sprawy założenia uzdrowiska dla robotników, chorych na gruźlicę, ułożono i rozesłano kolegom kwestyonaryusz w celu zebrania danych statystycznych co do liczby takich chorych w rozmaitych fabrykach i kopalniach. Rozpatrywano również projekt organizacyi komisyi przy Radzie Zjazdu, dla badania robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym i porozumiewano się z tą instytucyą.

W r. 1909. wygłoszono następujące odczyty i referaty. 1) Kol. Starkiewicz: Kilka przypadków zapalenia gardła ze swoistemi zmianami na łukach podniebienia miękkiego o charakterze epidemicznym. 2) Tenże: W sprawie odczynu czystego kw. azotowego z białkiem w moczu. 3) Kol. Putermann: O dyetetycznem leczeniu cukrzycy. 4) Kol. Jekels: O teoryi Freuda i metodzie psychoanalitycznej. 5) Kol. Dehnel: Krótki rys fizyologii i patologii przemiany materyi, według dzieła Richtera.

Z pokazów kol. Arnold przedstawił: 1) przypadek drżączki poraźnej, 2) mięsaka goleni, 3) peritonitis serosa saccata traumatica, 4) preparat torbieli skórzakowej jajnika, 5) rentgenogramy przedramienia złamanego i niezłamanego u tego samego osobnika, 6) kol. Putermann: przypadek nagłego osiwienia ograniczonego, 7) kol. Zahorski: przypadek kostnienia mięśnia (myositis ossificans m. bicipitis sin.) z rentgenogramem, 8) kol. Dehnel: przypadek tężyczki i 9) przypadek znacznego powiększenia wątroby i śledziony przy zupełnie dobrym stanie podmiotowym.

Ze spraw zawodowych omawiano: 1) udział Towarzystwa w Wystawie Częstochowskiej, 2) stosunek lekarzy do składów materyałów aptecznych i reklam i 3) sprawę komisyi do badania robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym. (Dok. nast.). S. Weinzieher (Będzin).

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie z dnia 29. X. 1911 r.

1) Prezes Radca Fr. Chłapowski zagaja Walne Zebranie, witając przybyłych z Warszawy gości p. Prof. Dr Kryńskiego i Dr Dydyńskiego; następnie wspomina o zgonie ś. p. kol. Dr Górskiego ze Stęszewa. Na przewodniczącego Walnego Zebrania obrano p. Dr Dydyńskiego.

Następują demonstracye:

1) Kol. Pomorski: 3 przypadki **torbieli mózgowych**. Mowca operuje według Bergmana. Spostrzegał dotąd i operował 28 przypadków. Z pierwszych 9 żyją 3, z drugich 19 żyje 9. Mówca przedstawia rozwój i sposoby operowania tych spraw.

2) Kol. Mieczkowski: a) 26 l. gospodarz wiejski ze **złamaniem szczęki dolnej**. Chory dostał się między gałąź i kłonicę, co sprawiło złamanie i wypadnięcie odłamka kości. Mówca założył szynę na ostatni ząb, do tej szyny przytwierdził odłamek i, jak wykazują promienie Roentgena, nastąpiło zrośnięcie. b) Wielki **guz okrężnicy poprzecznej**. Pierwszym rękoczynem otwarto przed 6 tygodniami ropień. Badanie histologiczne w zakładzie patologicznym wykazało tylko tkankę ziarninową. Tymczasem przy drugim rękoczynie, gdzie wykonano resekcyę jelita, okazało sie, że chodziło o **raka** jelita grubego. c) Chłopczyk 8-letni (fotografia) z **postrzałem** z pistolecika **w brzuch**. Rana między pępkiem a górnym kolcem biodrowym. Ponieważ nie było groźnych objawów, zajął mowca stanowisko wyczekujące. Rentgenizacya wykazała obecność kuli na drugiej stronie brzucha. Po tygodniu kula w kale odeszła. Wyzdrowienie. d) **Wynicowanie pęcherza** u 4-letniego dziecka. Ciekawy jest obraz rentgenowski, wykazujący rozszczep kości łonowej na 4 palce i znaczne biodra szpotawe (coxa valga).

W dyskusyi opisuje kol. Szuman z Torunia spostrzegane przez siebie ciekawe przypadki postrzałów. Małe kulki mogą przejść przez jamę brzuszną, nie wywołując szkody. Niebezpieczne natomiast są postrzały śrutowe.

Kol. Nowakowski tylko wyjątkowo uważa w tych razach za wskazane wyczekiwanie. Zazwyczaj przy postrzałach należy operować. Widział również chłopca, u którego kula flowerowa przeszła przez wątrobę, żołądek i jelita i utkwiła w miednicy. Po zaszyciu obrażeń chłopiec wyzdrowiał.

Prof. Kryński podnosi wielki materyał kol. Pomor-

skiego; postępuje podobnie, uważa jednak, że cięcia nie trzeba prowadzić w jednej linii, lecz kolisto. Co do przypadku kol. Mieczkowskiego, to na obfitym materyale postrzałowym w Warszawie przekonał się mowca, że nie można postawić stałej reguły, czy operować, czy nie. Wspomina o przypadku dotyczącym Stołypina, który prawdopodobnie przez operacyę byłby mógł być uratowany. Nie operowano go jednak, łudząc się euforyą. Bardzo ważną rolę odgrywa stan trawienia. Przy ranach postrzałowych jest mowca za operacyą, przy kłutych za odczekaniem.

Kol. Fr. Zakrzewski miał sposobność badać chorą kol. Mieczkowskiego z nowotworem. Zwracało uwagę tylko silne zaparcie stolca, nie dające się wytłómaczyć. W takich razach bardzo ważne jest prześwietlenie promieniami Roentgena.

Kol. Mieczkowski jest za operacyą przy postrzałach, jeśli są objawy ze strony otrzewnej. Tu jednak nie było wskazania. Podobnych przypadków widział mowca 3. Wspomina także o innym przypadku, gdzie były objawy podrażnienia otrzewnej. Zrobił wtedy laparotomię i okazało się, że w jelicie cienkiem było 8 przedziurawień; w dwóch miejscach wykonał resekcyę, w 4 zeszycie. Mimo, że operacya musiała się odbyć na prowincyi w warunkach najniekorzystniejszych, bez odpowiedniego instrumentaryum, chory wyzdrowiał.

3) Prof. Dr Kryński: **O operacyjnem leczeniu choroby Basedowa.**

Od czasu do czasu pewne zagadnienia patologiczne wysuwają się na pierwszy plan. Na pograniczu kilku działów medycyny dużo ważnych zagadnień przesunęło się w ostatnich czasach, jak np. sprawa zapalenia wyrostka robaczkowego, kamicy żółciowej i nerkowej itd. Tu chirurgia wspólnie z medycyną wewnętrzną doszła do wielkich postępów. W ostatnich kilku miesiącach choroba Basedowa omawiana była na 4 Zjazdach. W polskiej literaturze istniała tylko praca Drobnika z Poznania z r. 1894, który wykonał operacyę przy chorobie Basedowa. Co do etyologii tej choroby powstał cały szereg hipotez. Obecnie cieszy się największem uznaniem teorya Gautier-Moebiusa, mianowicie zapatrywanie, że przyczyną choroby Basedowa są zmiany w gruczole tarczowym, powodujące według Kochera hypertyreoidyzm, według Klosego dystyreoidyzm.

Zwolennicy teoryi nerwowej: Abadie, Jaboulet, Marie, Joannescu biorą objaw wtórny za pierwotny, bo chodzi o podrażnienie zwojów przez wydzielinę gruczołu tarczowego.

Zabiegi chirurgiczne polegają: 1) na podwiązaniu tętnic, 2) wycięciu gruczołu tarczowego za przykładem Kochera, 3) kombinacyi obu sposobów, tj. pierwotnie przy złym stanie ogólnym podwiązanie, później wyjęcie połowy gruczołu, oraz podwiązanie jednej tętnicy z drugiej strony.

Z lyońskich klinik chirurgicznych Delore zestawił następującą statystykę:

	Podwiązanie	wycięcie	Podwiązanie + wycięcie
wyleczenie	51,1%	43,2%	69,7%
poprawa	24,4%	13,5%	23,6%
wynik ujemny	8,8%	8,1%	2,3%
zejście śmiert.	8,7%	5.4%	4,6%

Niektórzy, jak Mayo, wycinają więcej gruczołu, Kocher radzi wycinać nie za mało i nie za późno. Prelegent jest tego zdania, że nie należy wycinać więcej jak $^2/_3$. Bardzo ważne są gałązki nerwu krtaniowego górnego, który towarzyszy górnej tętnicy tarczowej. Należy operować w miejscu wejścia tej tętnicy. Natomiast trzeba się trzymać daleko od tętnicy tarczowej dolnej, gdzie leżą gruczoły przytarczyczne. Mówca operował w ostatnim czasie 12 przypadków (11 kobiet, 1 mężczyzna) metodą Kochera i to w znieczuleniu miejscowem, wszystkie ze szczęśliwym wynikiem.

We wszystkich przypadkach stwierdził prelegent, że pobudliwość serca pozostaje, ale poprawa podmiotowa niesłychanie szybko się uwydatnia.

Prelegent zestawił statystykę następującą:

	Ogółem	wyleczone	poprawa	śmierć
Kocher	535	76%	20%	3,4%
Rehn	554	75%	16%	7%
Mayo	190	70%	17%	4%
Riedel	80	76%	12%	10%
Eiselsberg	71	90%		$8^1/_2$%
Garre	92	96%		4%
Kryński	12	100%		—

Niestety brak statystyki, którąby pozwoliła na porównanie wyników, osiągniętych leczeniem wewnętrznem. Prelegent znalazł tylko dwa takie zestawienia, i to Sterna w Wiedniu i Küttnera we Wrocławiu.

Stern widział 15% skutków dodatnich, 60% ujemnych, 25% zejść śmiertelnych, Küttner zaś 0% dodatnich, natomiast 65% ujemnych, 35% śmiertelnych.

Wskazania: Niektórzy chirurdzy, jak np. Eiselsberg, zanadto lekceważą leczenie wewnętrzne, a jednak operacya nieraz jest przeciwwskazana, np. przy grasicy przetrwałej. Na 15 przypadków, zmarłych po operacyi, w 22 była grasica przetrwała. Po operacyi czeka jeszcze wdzięczne zadanie internistów.

Prezes radca Chłapowski dziękuje gościowi za piękny i jasny wykład, poczem zabiera głos

4) Kol. Jezierski: **O leczeniu wewnętrznem choroby Basedowa.**

Leczenie tej choroby nie może być jednolite, jak nie są jednolite jej etyologia i objawy. Pierwszy Gautier próbował zobojętniać jady sokiem z gruczołu tarczowego, ale wyniki wykazały niebezpieczeństwa, połączone z tą metodą. Surowica Moebiusa ma równie wielu przeciwników, jak i zwolenników. Sam prelegent nie widział po niej skutków dodatnich. Lanz podaje mleko kóz, którym wyjęto tarczycę, co Prof. Roux poleca przed i po operacyi. Prelegent sam także takie mleko stosował z dobrym skutkiem. Pomocną w leczeniu jest galwanizacya n. współczulnego. Z leków wewnętrznych trzy stoją na pierwszym planie, a to: chinina, arszenik i fosfor. Chininę stosował prelegent dość często, przekonawszy się jednak, że sprowadza rozszerzenie naczyń, zarzucił ten środek. Arszenik jest bardzo ważny, ale trzeba stosować wielkie dawki. Fosfor, polecony najprzód przez Polaka, później używany był często przez Francuzów. Obecnie także Kocher stosuje go jako odtrutkę. Natomiast przeciwwskazana jest jodyna. Dyeta powinna być bez białka. Często też działa dobrze hydroterapia, np. kąpiele z mydłem i owijanie w koce. Leczenie powietrzne powinno być stosowane tylko powyżej 1000m, nie wyżej jednak od St. Moritz. Prelegent widział nieraz wyśmienite wyniki z połączenia aeroterapii, arszeniku i elektryczności.

5) Kol. Karwowski: **Zastosowanie promieni Roentgena przy chorobie Basedowa.**

Przy ocenianiu metody leczenia choroby Basedowa zapomocą promieni Roentgena należy ściśle odłączyć przypadki wola zwykłego. Aczkolwiek i tutaj nieraz uzyskano znaczne zmniejszenie się tarczycy, nawet w przypadkach położenia podmostkowego, to jednak nie może metoda ta współzawodniczyć z chirurgiczną.

Inaczej przy chorobie Basedowa. Tu działanie promieni w wielkiej liczbie przypadków jest zdumiewające. I to nie przez zniknięcie powiększenia tarczycy, choć i to często i w wysokim stopniu się zdarza, ale przez niewytłumaczone dotąd działanie na wydzielanie wewnętrzne, a co za tem idzie, na objawy choroby. Pierwszy Williams (1902), Campbell, Butter Pusey, dalej Mayo (1904) w Ameryce, Stegmann w Niemczech (1906) próbowali naświetlania, a wyniki osiągnięte tak dalece zachęciły innych badaczy, że mamy cały szereg spostrzeżeń (mówca przytacza całą literaturę odnośną) bardzo korzystnych. W ostatniej swej pracy Rave zestawił 321 wypadków z piśmiennictwa, z których tylko 14% pozostało bez żadnego dodatniego skutku. U reszty chorych,

tj. 173, czyli $^6/_7$, okazało się wybitne działanie promieni na objawy choroby, u 16 nastąpiło zupełne wyleczenie.

Ogółem waga poprawiła się u 135 = 49,4%
objawy nerwowe « 140 = 51%
objawy sercowe « 102 = 39,1%
wysadzenie oczu « 59 = 21,6%
tarczyca sama zmniejszyła się u 78 = 28,6%

Przypadków poparzenia lub uszkodzenia nie było żadnych, jeden przypadek zejścia śmiertelnego nie miał związku z naświetlaniem.

Jak tłómaczyć wpływ promieni, nie dało się dotąd wyjaśnić; anatomiczne badania nie dały pod tym względem żadnych danych.

W każdym razie metoda, dająca bez narażenia chorego na jakiekolwiek niebezpieczeństwo i bez bólu w 86% znaczną poprawę stanu ogólnego, mianowicie stanu podmiotowego, zasługuje conajmniej na żywsze niż dotąd zainteresowanie się nią ogółu lekarzy. Ale silna opozycya wyszła ze strony chirurgów z chwilą, gdy Eiselsberg, Gebele i Hohenegg opisali kilka przypadków zrostów po naświetlaniu, które następnie utrudniły operacyę. Sprawa ta w głośnej »Basedowdebatte« w Wiedniu przed dwoma laty zajmowała kilka posiedzeń i narobiła dużo wrzawy. Ponieważ jednak badania innych autorów, jak Pfeiffer oraz Rave, nie wykazały zrostów ani utrudnień operacyi po naświetlaniu, więc widocznie przypadki Eiselsberga itd. nie należą do reguły.

Zważywszy więc, że i po bądź jak bądź trudnej i dającej pewien odsetek (około 6%) śmiertelności operacyi, nie zawsze znikają wszystkie objawy, a rentgenizacya w $^6/_7$ przypadków daje szanse znacznej poprawy, należy się tej metodzie bezwarunkowo miejsce niepoślednie obok innych.

6) W dyskusyi kol. Dydyński (z Warszawy) zestawia wygłoszone referaty. Chirurdzy widzą powód choroby tylko w gruczole tarczowym, należy jednak jeszcze uwzględniać inne czynniki, jak np. psychiczne. U człowieka przestraszonego widzimy nieraz objawy te same, co przy chorobie Basedowa. Mowca spostrzegał przypadek, w którym choroba wystąpiła w miesiąc po silnem przerażeniu (napad Kozaków). Nie sam gruczoł jest przyczyną choroby, są i inne powody, może i w innych gruczołach leżące. Ponieważ widzimy przy tej sprawie nieraz akromegalię, zmianę barwika skóry, wypadanie włosów i paznokci, więc mogą zachodzić także schorzenia innych narządów z wydzieliną wewnętrzną, które należy uważać za powód choroby. Wyleczenie, podawane przez chirurgów, nie jest zupełne. U Kochera widział mowca wśród większego materyału po operacyi pozostające objawy, jak pobudliwość serca, chudnięcie itp.

Radca Panieński godzi się na teoryę Moebiusa; zwykle do usposobienia przyłącza się powód przypadkowy, jak przestrach, ciąża, wysiłek fizyczny (taniec) itd. Mowca nie godzi się ze zdaniem kol. Jezierskiego, żeby dur brzuszny mógł być jedną z przyczyn choroby Basedowa. Natomiast nieraz zapalenie gardła i gościec stawowy poprzedzają chorobę Basedowa. Dla internisty najważniejsze jest leczenie objawów nerwowych. Bardzo ważną rzeczą jest usunięcie chorego ze środowiska, w którem się znajduje. Już sam spokój i leżenie w klinice, oraz leczenie tuczące, dawały mowcy świetne wyniki. Arszenik i chininę uważa mowca za zwykłe środki skrzepiające, natomiast poleca brom. Leczenie jodem jest wprost szkodliwe, mowca widział po tem bardzo złe skutki; poleca bardzo surowicę Moebiusa.

Kol. Mieczkowski operuje metodą Kochera. W ostatnim czasie dodaje wycięcie węziny gruczołu tarczowego. Złych skutków z uśpienia mowca nie miewał i zawsze operuje w uśpieniu eterem z chloroformem. Operował 5 przypadków; z tych jeden wyleczony, 2 poprawione, 2 bez skutku.

Kol. Łazarewicz: Ze stanowiska ginekologa musi się znaleść związek między jajnikiem a tarczycą. Na chorobę Basedowa zapadają często kobiety w okresie pierwszego rozkwitania, a potem w okresie przekwitania. Choroba Basedowa nie sprzyja ciąży, zdarza się jednak, że chora zastąpi i wtedy stan jest bardzo ciężki, wymagający przerwania ciąży. Nieraz jednak ciąża sama się przerywa pod działaniem jadów, krążących w ustroju.

Kol. Dembiński zwraca ze stanowiska rynologa uwagę na to, że przyżeganie błon śluzowych nosa wpływa korzystnie na chorobę Basedowa. Tętno się obniża, gruczoł maleje. Hoffmann opisał w zeszłym roku 5 przypadków korzystnych. Także ew. wyrośle gruczołowate mogą grać rolę przy tej chorobie. Mowea widział po operacyi migdałów poprawę tętna.

Kol. Święcicki: Fakt, że tyle środków zaleca się na jedną chorobę, dowodzi, że właściwie niedostatecznie znamy powód choroby. Mowca sądzi, że ani jedna ani druga teorya nie jest uzasadniona i podnosi hypotezę, że powód choroby Basedowa polega na nadsprawności nadnerczy. Nie godzi się na zapatrywanie kol. Łazarewicza co do zależności choroby Basedowa od jajników. Im większe wydzielanie adrenaliny, tem większy gruczoł tarczowy. Wysadzenie oczu jest spowodowane przez tętnice. Jeśli istotnie nadnercza są źródłem choroby Basedowa, to tłómaczyłoby to wiele objawów. Widzimy czasem, że objawy choroby Basedowa znikają same (gdy ustaje wydzielanie adrenaliny). Objawy choroby nieraz nie stoją w żadnym stosunku do wielkości wola. — Jak tłómaczyć charłactwo przy chorobie Basedowa? Jest faktem, że adrenalina, działając na gruczoł tarczowy, wywołuje rozpad ciał białkowych. Na skórze zdarzają się, jak wspomniał kol. Dydyński, plamy, jak przy chorobie Addisona. W ciąży jajnik przestaje działać, zaczyna się zwiększać nadnercze, pokazują się objawy przyspieszenia tętna itd. — Jeden punkt mógłby całą teoryę obalić, mianowicie objawy psychiczne. Mowca znalazł w literaturze dwa przypadki Muratowa, gdzie chore umarły wśród szału. Sekcya nie wykazała zmian ani w mózgu, ani w rdzeniu, natomiast wielkie zmiany w nadnerczu. Znalazł też mowca pracę Kraussa, który twierdzi, że w chorobie Basedowa jest zwiększona ilość adrenaliny we krwi. Odpowiednio do tej hipotezy powinno być stosowane leczenie. Nie należy jednak odrzucić strumektomii, bo tarczyca z nadnerczami stoi w stosunku wzajemnego oddziaływania.

Kol. Stasiński jako okulista widywał objaw Kochera u osób wystraszonych, natomiast objaw Graefego tylko w chorobie Basedowa. Należy odróżnić wysadzenie gałek mięśniowe od zastoinowego. Po weronalu widział mowca największe ustąpienie objawu Kochera, oraz wytrzeszczu powiekowego. Natomiast objaw Graefego jest następstwem zatrucia.

Kol. radca Chłapowski wspomina, że próbował galwanizacyi przy chorobie Basedowa. Teorya »współczulna« istniała już od 40 lat.

Kol. Franciszek Zakrzewski: Poruszona przez kol. Święcickiego teorya daje wiele do myślenia. Zważywszy przypadki nagłej śmierci po operacyi, gdzie była grasica przetrwała, trzeba być bardzo ostrożnym z wyborem operacyi. Leczenie wewnętrzne jest kwestyą czasu i pieniędzy; kto wie, czy przy zestawieniu porównawczem nie okazałoby się, że wyniki chirurgów nie są wiele lepsze od wyników internistów, jeśli chorzy mogą sobie pozwolić na odpowiednie leczenie.

Kol. Jezierski krytykuje statystykę Küttnera. Kocher bardzo oględnie wybiera przypadki do operacyi. Krew w chorobie Basedowa zawiera wiele ciałek jednojądrzastych; im ich więcej, tem gorsze wyniki. Co do duru, podawanego jako czynnik etyologiczny przez kol. radcę Panieńskiego w wątpliwość, to mowca zna dość obszerną literaturę o tym przedmiocie i sam widział takie przypadki.

Kol. Nowakowski: W ostatnim czasie stosuje się przy operacyi skopomorfinę. Mowca widział wysadzenie gałek przy rozdęciu tętnicy szyjnej, które znikło po podwiązaniu tej tętnicy. Kocher w ostatniej pracy radzi jaknajrychlejsze operowanie, oraz połączenie operacyi z leczeniem wewnętrznem.

Kol. Szuman spostrzegał przy chorobie Basedowa psychozę. Wyleczenia zupełnego nie spostrzegał.

Prof. Kryński: Küttner miał zupełnie niezamożną klientelę szpitalną, a więc wynik leczenia wewnętrznego nie mógł być lepszy, niż podaje jego statystyka. Zupełnie inaczej w praktyce prywatnej. Teorya kol. Święcickiego jest bardzo ważna i oryginalna, jednakowoż nie przemawia mowcy do przekonania, gdyż za mało się opiera na spostrzeżeniach przyrodniczych. Dotychczas znamy 6 gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, a mało wiemy o ich działaniu. Może razem tworzą pewne koło. Przy sekcyach nie widział mowca zmian w nadnerczach. Dwa przypadki Muratowa przedstawiają za szczupły materyał. Dla chirurgów potwierdzenie teoryi kol. Święcickiego byłoby bardzo sympatyczne.

Kol. Święcicki podnosi, że nie miał na myśli zmian patologicznych w znaczeniu ogólnem. Do wykazania nadsprawności pewnego narządu nie potrzeba wcale zmian nadzwyczajnie wpadających w oczy. Trzebaby mierzyć komórki co do ich wielkości w czasie działania.

W końcu Prof. Kryński podnosi wysoki poziom naukowy, który się uwydatnił we wszystkich przemowach.

Adam Karwowski.

Towarzystwo Lekarzy Polskich w Chicago.

Doroczne posiedzenie 30 grudnia 1911.

1) Dr K. Żurawski przedstawił płytę rentgenograficzną stopy, pozwalającą rozróżnić nawet szczegółowo budowę kości.

2) Dr J. Szymański przedstawił: a) Sposób użycia wziernika nosowego Allen-Steffermausa; wziernik ustala się zapomocą powiązania bocznych części tasiemką z tyłu głowy i połączenia rurką gumową dolnych części końców z przodu. Unieruchomienie to ułatwia operacye nosowe, zwłaszcza przy usuwaniu skrzywienia przegrody nosowej. b) Przystosowanie tulejki od zwyczajnej lampki elektrycznej do zwierciadła na głowę, co zmniejsza koszt lampki używanej z opaską do kilkudziesięciu centów. (Lampka Kisleina kosztuje np. w Chicago 18 dolarów, a reostat do niej 6—8—12 dolarów, inne kosztują od 5 dolarów i wyżej). c) Narzędzie do zawiązywania węzłów w jamie ustnej, wykonane w formie przypominającej drewniany rozszerzacz palców do rękawiczek, również swego pomysłu.

3) Dokonano wyborów Zarządu Tow. na rok 1912. Wybrani zostali: Prezesem Dr K. Żurawski, wiceprezesem Dr A. Pietrzykowski, skarbnikiem Dr S. Boguszewski, sekretarzem Dr A. Balcerzak.

4) »Przegląd lekarski« uznano za urzędowy organ Towarzystwa Lekarzy Polskich w Chicago.

Sekretarz: Dr A. Balcerzak

III. Międzynarodowy Zjazd chirurgiczny.

Międzynarodowe Zjazdy chirurgiczne mają dotychczas tę wielką zaletę, że zajmują się zwykle tylko kilku tematami, które przez to wyzyskuje się ściśle i zupełnie. Tematami ostatniego Zjazdu były: Złamania (odpowiednia wystawa), chirurgia płuc, chirurgia jamy brzusznej zwłaszcza trzustki i zapaleń grubej kiszki. Michel (Nancy), Körte (Berlin), Giordano (Wenecya), jako główni referenci, omawiali schorzenia trzustki, zachęcając do wczesnej operacyi. W drugim dniu chirurgię płucną omawiał Garre (Bonn), Gandier (Lille), Girard (Genewa), Lenormant (Paryż), Gibson (Nowy York). Garrè omawiał modne leczenie cierpień płucnych zapomocą odmy piersiowej, Gandier leczenie ropnego zapalenia opłucnej. Zachowawczo postępuje Gaudier u dzieci przy zapaleniu ropnem na tle pneumokoków. Girard mówił o leczeniu przetok opłucnej, Lenormant o ranach płuc, co do leczenia których zdania były podzielone, sam zaś referent był za postępowaniem zachowawczem. O smutnych wynikach dotychczasowych operacyi nowotworów płuc doniósł Gibson. Stockum (Rotterdam) omawiał leczenie ropni i zgorzeli płuc, Sauerbruch leczenie jam oskrzelowych, przyczem doniósł o 2 przypadkach, leczonych ze skutkiem przez podwiązanie gałęzi tętnicy płucnej. Wielkie zajęcie wzbudził odczyt Friedricha z Marburga o chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc (ref. w Przeglądzie). — Co do leczenia operacyjnego zapalenia okrężnicy, oświadczono się za leczeniem zapomocą appendikostomii na podstawie referatów d'Arcy Powera (Londyn), Gibsona (Nowy York) i Segonda (Paryż). Wystawa połączona ze zjazdem obejmowała różne ciekawe przyrządy do leczenia złamań, np. Dollingera do leczenia ambulatoryjnego, Wullsteina do leczenia złamań uda, Zondecka do transformacyi kostniny i t. p.

Przyszły Zjazd (maj 1914 Nowy York) zajmie się następującymi tematami: 1) Chirurgia żołądka i dwunastnicy. 2) Przeszczepiania narządów. 3) Technika amputacyi, wyłuszczań i protez. 4) Leczenie tężca.

Dr A. Klęsk.

Galicyjskie Wydziały lekarskie i instytucye sanitarne w tegorocznym budżecie austryackim.

Jak we wszystkich działach, tak i w dziale sanitarnym i naukowo-lekarskim budżety państwa austryackiego nie uwzględniają Galicyi ani w tej mierze, jakiej wymagają potrzeby naszego kraju, ani w tej, jakaby odpowiadała wielkości, zaludnieniu i znaczeniu tej prowincyi państwa. Nie mówimy już nawet o potrzebach całego społeczeństwa polskiego, które pod względem dydaktyczno-lekarskim muszą w pewnym stopniu zaspokajać nasze Wydziały lekarskie galicyjskie. Niewątpliwie stosunki te poprawiają się zwolna; jednak mimo ciągłych a usilnych starań ze strony uniwersytetów i władz sanitarnych galicyjskich, mimo energicznego poparcia tych starań przez naczelną władzę kraju, mimo zabiegów naszych reprezentacyi parlamentarnych — wiele braków nie jest jeszcze zaspokojonych, a osiągnięte dotąd, z niemałym nieraz trudem, korzyści, nie postawiły jeszcze Galicyi w budżetach austryackich na tem miejscu, które się jej należy i do którego osiągnięcia musimy zmierzać.

Preliminarze budżetów austryackich w dziale sanitarnym obchodzą z tego powodu nietylko bezpośrednio interesowane koła lekarskie, ale nie mogą też być obojętne dla ogółu lekarzy, który ma zbiorowo współdziałać w pieczy nad zdrowiem ludności, a który jest świadomy, że praca w tym względzie nie może być należycie skuteczna bez odpowiednich środków ze skarbu państwa.

W preliminarzu budżetu państwowego na rok 1912 wydatki zwyczajne na Wydziały lekarskie przedstawiają się, jak następuje:

Wiedeń	2,297.234 K
Kraków	807.828 »
Praga (niem.)	800.547 »
Praga (czes.)	765.543 »
Graz	666.746 »
Lwów	498.913 »
Innsbruck	493.031 »

W tym więc roku dostał się Wydział krakowski nareszcie na miejsce, które odpowiada liczbie słuchaczy. Tem więcej jednak uderza pokrzywdzenie Wydziału lekarskiego lwowskiego, postawionego dopiero na przedostatniem miejscu, zwłaszcza w porównaniu z niemieckim Wydziałem lekarskim w Pradze, który przecież wobec skromniutkiej liczby swych słuchaczy jest anomalią w mieście o olbrzymiej większości czeskiej; cieszy się on jednak szczególnem poparciem, skoro mimo to idzie w wydatkach bezpośrednio po Krakowie.

Zwiększenie się wydatków zwyczajnych w porównaniu z rokiem zeszłym jest oczywiście największe w Wiedniu, potem w Grazu, Krakowie i Innsbrucku, najmniejsze na obu Wydziałach w Pradze i znowu we Lwowie.

Jak nierówno zresztą są traktowane różne Wydziały lekarskie, wynika z następującego zestawienia:

	Profesorowie zwyczajni	nadzwyczajni	Asystenci	Adjunkci, preparatorzy, mechan.
Wiedeń .	26	13	98	6
Praga (n.)	16	13	47	3
Praga (c.)	16	14	39	3
Kraków .	16	7	41	1
Graz . .	15	3	37	1
Innsbruck	15	4	35	2
Lwów .	15	3	35	—

Dopiero teraz występuje jaskrawo różnica w wyposażeniu uniwersytetów galicyjskich w porównaniu z innymi. Oba Wydziały praskie mają 27 nadzwyczajnych profesorów, oba nasze razem zaledwie 10; personal lwowski nie jest większy od personalu w Innsbrucku! Wśród 16 adjunktów, preparatorów, mechaników jeden jedyny przypada na Galicyę.

Nie lepiej wygląda uposażenie naszych Wydziałów pod względem remuneracyi, wypłacanych profesorom nadzwyczajnym i docentom, na które dla Grazu przeznaczono 7140 K, dla Pragi niem. 6950 K, dla Innsbrucku 6300, dla Pragi czes. 4000 K, dla Krakowa tylko 3600, dla Lwowa tylko 3200 K.

Korzystniej od mniejszych uniwersytetów niemieckich (Graz, Innsbruck) wyposażone są nasze Wydziały tylko co do demonstratorów, ustępując jednak i tutaj obu Wydziałom praskim, gdzie rubryka ta wynosi razem 26540 K, gdy dla obu naszych razem 19200 K.

W wydatkach nadzwyczajnych stoi na pierwszem miejscu tym razem Graz (budowa kliniki położniczej i zakładu anatomopatologicznego), na drugiem niem. Wydział praski, poczem dopiero idzie Kraków, a Lwów znowu na przedostatniem miejscu przed Innsbruckiem.

W budżecie Ministerstwa spraw wewnętrznych w wydatkach na służbę państwową sanitarną, stwierdza się przedewszystkiem nie bez przykrości, że liczba posad lekarzy rządowych w Galicyi nie została zwiększona odpowiednio do potrzeby i jest mniejsza niż w Czechach (bez Moraw). Wprawdzie podobno odczuwać się daje u nas brak kandydatów do służby państwowej, ale w tych warunkach zaradzić złemu mogłoby chyba właśnie polepszenie stosunków awansu przez wydatne pomnożenie posad lepiej płatnych. Tymczasem rzecz przedstawia się tak, że pomimo większego obszaru i znacznie większej ludności Galicya w zakresie posad lekarzy rządowych jest w porównaniu z Czechami i Morawami nietylko co do liczby, ale i co do jakości upośledzona. A przecież w żadnym kraju austryackim nie mają lekarze rządowi takiego »privilegium odiosum«, jak w Galicyi, że stanowiąc przednią straż sanitarną państwa wobec epidemii wkraczających od wschodu, są na tym posterunku dziesiątkowani przez choroby zakaźne (co szósty umiera, co trzeci choruje na dur plamisty). Jeżeli z tego względu nie byłoby już możebne przyznanie lekarzom rządowym w Galicyi jakiegoś osobnego dodatku służbowego, to przynajmniej powinnyby być posady ich systemizowane przeważnie w wyższych, lepiej płatnych rangach. Tymczasem dziś jest stan następujący (już po ogólnej reorganizacyi rządowego personalu sanitarnego w Austryi z poprawą bytu).

Ranga	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	Razem
Czechy	1	1	14	43	43	14	5	121
Morawy	—	1	5	15	16	5	2	44
Razem Czechy i Morawy .	1	2	19	58	59	19	7	165
Galicya	1	1	12	36	38	12	5	105

Odpowiednio do tego wynoszą też wydatki na płace lekarzy rządowych w Czechach 449.065 K, na Morawach 165.112 K razem około 630.000, gdy w Galicyi tylko 382 059 K.

Również niewątpliwie upośledzona jest Galicya co do dotacyi dla Kraj. Rady zdrowia. Dotacya ta wynosi w Galicyi 4000 i na różne wydatki 6000, razem 10.000; tymczasem w Czechach samych bez Moraw pozycye te wynoszą 6 i 18, razem 24.000.

Na państwowy zakład surowic w Wiedniu przeznaczono 184.644 K, a na państwowy zakład szczepień przeciwko wodowstrętowi w Wiedniu 10.400 K. W tym zakresie poza Wiedniem nie otrzymuje nic żaden kraj koronny. Niemniej, choćby to miało być »przywilejem« dla Galicyi, ze względu na interes całego państwa powinienby rząd utworzyć i utrzymywać takie zakłady właśnie w Galicyi, jak również zakład badania chorób zakaźnych.

Również gorzej w porównaniu z innymi krajami wyposażony jest krakowski państwowy zakład badania środków spożywczych, gdyż co do płac personalu idzie on dopiero po zakładzie w Grazu i po obu praskich (czeskim i niemieckim), a po nim idzie tylko zakład w Czerniowcach i Innsbrucku. Prawda, że dochód z taks za badania jest w Krakowie mały, ale to chyba nie jest zadaniem zakładu tego rodzaju, aby pokrywał swoje koszta i dotacya jego powinna odpowiadać, bez względu na dochody zakładu, potrzebom kraju, temwięcej, że dotąd niema w Galicyi drugiego zakładu i dopiero teraz słychać, iż ma powstać drugi zakład we Lwowie.

Bardzo dodatnią stroną tegorocznego budżetu jest znaczne zwiększenie kwoty, przeznaczonej na zwalczanie epidemii, która wynosić będzie 1,650.000 K, t. j. o 400.000 więcej. niż w roku zeszłym. Ile z tego przypadnie na Galicyę, oczywiście przewidzieć się nie da.

C.

Nowy Szpital w Warszawie.

»Zakład położniczo - ginekologiczny św. Zofii«, otwarty w Warszawie dn. 21 stycznia 1912, jest szpitalem publicznym, należącym do miasta, przeznaczonym dla ludności ubogiej, zbudowanym zaś z inicyatywy i dzięki zabiegom Dra Zaborowskiego, na którego ręce złożono dar 35.000 rub. Resztę kosztów, około 60.000 rub., poniósł Zarząd miasta.

Plany opracowane zostały przez Dra Zaborowskiego wspólnie z budowniczym H. Gayem. Szpital utrzymywany jest kosztem miasta. Gmach, przeznaczony oficyalnie dla 25—30 chorych, obliczony jest na większą liczbę łóżek. W razie stałego braku miejsc w szpitalach warszawskich i nieuniknionego przepełnienia chore pomieszczane być mogą nawet w kurytarzach i przewidzianych na ten cel halach. Dużych sal unikano zasadniczo, aby nie gromadzić noworodków i nie zakłócać zbytnio spokoju karmiących je położnic. Obejmujący trzy kondygnacye gmach szpitala nie jest podobny do zwykłych koszarowych budowli szpitalnych i przypomina raczej dużą, zdobną w balkony i werandy willę. Strony estetycznej nie pominięto również i we wnętrzu budynku, które starano się traktować staranniej i cieplej, niż zwykłe pomięszczenia szpitalne. Wejście i główne schody wykładane jasną majoliką, kopie płaskorzeźb włoskich na ścianach i symboliczny witraż z matką karmiącą dziecko składają się na całość ujmującą.

Urządzając szpital, starali się jego twórcy według środków, dość zresztą ograniczonych, stosować wszelkie nowsze udoskonalenia znane w tej gałęzi budownictwa. Znaczna część ubikacyi: kuchnie, umywalnie, łazienki, wychodki, pralnie, wyłożone są na 1·5 m majoliką białą, kąty i narożniki sal i kurytarzy okrągłe. Oświetlenie, wentylacya i motory w pralni elektryczne. Ogrzewanie centralne. Sale porodowa, operacyjna i główne wanny ogrzewane niezależnie od reszty gmachu. Szpital rozporządza dalej: windami, podnoszącemi na piętra pożywienie i bieliznę ze składu, telefonami miejscowymi i t. p. Część gospodarczą pomieszczono w suterenach, administracyę, mieszkania i kąpiele położnych, kancelaryę, gabinet lekarzy, salę badania i przyjęcia, pracownię, ciemnię, mały oddział izolacyjny i cztery pokoje płatne na parterze.

Ze szpitalem połączona jest i umieszczona również na parterze szkoła dla położnych, na 48 kandydatek, składająca się ze szatni, umywalni, sali wykładowej i małego muzeum przyborów naukowych pomocniczych, jak fantomy, kolekcya miednic nieprawidłowych, modeli (moulage) chorób wenerycznych kobiecych i t. d. Kurs w szkole, dający wszystkie prawa państwowe, trwa rok jeden.

Najstaranniej urządzono I piętro, będące właściwym szpitalem. Obejmuje ono 7 sal, salę z cieplarką dla dzieci niedonoszonych, kąpiele dla dzieci i ciężarnych, pokój dyżurnych i wreszcie oddział porodowo-operacyjny, stanowiący oddzielną całość. Oddział składa się z dużego jasnego pokoju kąpielowego, dwóch sal porodowych, pokoju, w którym urządzono instalacyę sterylizacyjną, dostarczoną przez firmę Lequeux w Paryżu i wreszcie salę operacyjną. Sterylizacya odbywa się bądź przy pomocy pary dostarczanej przez kocioł Gerlacha ze suteren bądź przy pomocy pary, wytwarzanej na miejscu w generatorze nagrzewanym parą. Gazu używa się w przypadkach nagłych i wymagających pospiechu. Prócz tego przewidziano osobny przyrząd do wyjaławiania wody przekroplonej do hypodermoklizy i rozczynów. Krany wyjaławiane są do samego wylotu przy pomocy pary płynącej i przechodzącej przez specyalne kaptury, zamykające hermetycznie wyloty kranów, otwierane przy pociśnięciu nogą.

W urządzaniu sali operacyjnej starano się rozwiązać zadanie: możliwego odgraniczenia jej od ruchu panującego przed

zabiegami w umywalniach i zarazem zapewnienia kontroli ze strony operującego, jak przygotowuje się personal pomocniczy do zabiegu. Umywalnie oddzielone są od sali operacyjnej wielką szybą lustrzaną, stanowiącą zamkniętą zupełnie ścianę. O ile wiadomo, pomysł ten nigdzie zastosowany dotąd nie był. Sala ma światło północno-zachodnie, boczne. Sztuczne oświetlenie: 5 półkul matowych w pułapie, rzucających światło o sile 2500 świec. Sala ma ściany lakierowane biało, ogrzewanie rurami, biegnącemi dokoła ściany.

Personal szpitala stanowi: 3 lekarzy, 3 położne i uczennice szkoły.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Polski Komitet dla międzynarodowych Zjazdów lekarskich doszedł do wniosku, że lekarze polscy nie mogą wziąść udziału w Słowiańskim Zjeździe dla higieny i medycyny społecznej w Petersburgu w maju r. b.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 31. I. posiedzenie, na którem przedstawiali chorych: Prof. Rosner (wycięcie śledziony nieprawidłowo położonej), Dr Z. Wachtel jun. (gynaekomastia i odczyn moczu przy raku), Prof. Jaworski (situs inversus viscerum) i Doc. Latkowski (kardyogramy tegoż przypadku), poczem Prof. Jaworski miał zapowiedziany wykład. Najbliższe posiedzenie (7. II.) odbędzie się w klinice chirurgicznej.

— Ministerstwo oświaty wprowadziło z d. 25. stycznia 1912 r. w życie fachową inspekcyę nauki gimnastyki i urządzeń zdrowotnych dla uczniów w gimnazyach, szkołach realnych i seminaryach nauczycielskich męskich i żeńskich i fachowymi inspektorami dla Galicyi na czas od 1. lutego b. r. do końca lipca 1914 r. ustanowiło we Lwowie Doc. Dr Eugeniusza Piaseckiego i w Krakowie Dr Maryana Tokarskiego, tego ostatniego także dla seminaryum polskiego na Śląsku.

Utworzenie tych inspektoratów niewątpliwie zasługuje na żywe uznanie, jako krok naprzód w kierunku wprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych w państwowych szkołach średnich. W pomyślne skutki działalności inspektoratów w Galicyi można ufać tem więcej, że na stanowiska te powołano dwu lekarzy, krzewiących racyonalny kierunek wychowania fizycznego i znanych chlubnie z działalności na tem polu.

— »Kwartalnik stomatologiczny«, organ Towarzystwa Stomatologów polskich, rozpoczął wychodzić w Krakowie pod redakcyą komitetu, na którego czele stoi prof. Dr Łepkowski, a który składają doc. Bohosiewicz, A. Cieszyński, H. Gelbard, G. Lippel, T. Mischke, A. Perliński, G. Praetzel i E. Schalit. Pierwszy zeszyt oprócz słowa wstępnego od Redakcyi zawiera prace oryginalne Drów Cieszyńskiego, Lippla, Mischkego, Schalita, Praetzla, sprawozdanie Towarzystwa stomatologów polskich z 5 lat działalności, sprawozdanie z Sekcyi stomatologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich, referaty z piśmiennictwa dentystycznego obcego i 3 artykuły w sprawach zawodowych, Drów Mischkego, Gruszczyńskiego i Schalita.

Nowemu pismu, jednoczącemu lekarzy stomatologów ze wszystkich trzech zaborów, składamy serdeczne życzenia pomyślnego rozwoju.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego poszukuję roczników »Berliner klinische Wochenschrift« za lata 1907—1910 włącznie i gotów jest ewentualnie nabyć je za umiarkowaną cenę. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Dr Andrzej Chramiec został wybrany prezesem Rady powiatowej nowotarskiej.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Zygmunt Stanisław Rehan, rodem z Symferopola.

— Zjazd lekarzy okręgowych odbył się we Lwowie pod przewodnictwem Dra Gilnreinera, zastępcy prezesa Związku lekarzy okręgowych. Po wysłuchaniu sprawozdania rocznego, które przedstawił Dr Klęsk, omawiano sprawy zawodowe. W myśl wniosku prezesa Dra Nattera uchwalono wysłać deputacyę do



Sejmu, która ma przypomnieć postulaty lekarzy okręgowych, streszczające się w minimum płacy rocznej 1600, ryczałtu na objazdy w kwocie 800 kor. rocznie i 5 trzechleciach po 200 kor.

Warszawa. Dla uczczenia pamięci Edmunda Biernackiego złożyli koledzy jego i Redakcya »Medycyny i Kroniki lekarskiej« fundusz na nagrodę konkursową za pracę naukową w kwocie 150 rb.

— W Kamieńcu podolskim powstał oddział Ligi przeciwgruźliczej (Med. i Kron. lek. 2.).

— Dr Fr. Neugebauer ofiarował Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu słynny księgozbiór swego ojca, Prof. L. Neugebauera, obejmujący 1700 tomów dzieł od XVI wieku do r. 1880, zawierający liczne »białe kruki«, a oszacowany nominalnie na 15 tysięcy rubli.

Z różnych stron. »Association des médecins de langue française«, zawiązana w jesieni r. z. w Lyonie, jest stowarzyszeniem naukowem, mającem wszelkie warunki do rozwoju jako towarzystwo międzynarodowe, tylko z językiem urzędowym wyłącznie francuskim. Ustawa Towarzystwa dozwala bowiem przyjmować członków wszelkich narodowości i istotnie oprócz Francuzów (z samej Francyi i z kolonii francuskich) należy już obecnie do Towarzystwa szereg wybitnych uczonych włoskich, niemieckich, szwedzkich, norweskich, duńskich i t. d. Członkowie Towarzystwa (opłacający 20 fr. rocznie), mają prawo do bezpłatnego udziału we francuskich Zjazdach dla medycyny wewnętrznej i do ich wydawnictw. Zapisywać się można u sekretarza Towarzystwa Prof. Bard'a (Genève, 44 Bould. des Tranchées) lub u Doc. Dr Wł. Janowskiego (Jerozolimska 74, Warszawa), który chętnie udziela wszelkich wyjaśnień.

— Towarzystwo lekarzy chorwackich (Zbor liječnika krlj. Hrvatske i Slavonije u Zagrebu) liczyło w roku 1911 członków honorowych 27 (wśród nich Prof. Rydygiera i Wicherkiewicza), korespondentów 6, zwyczajnych 420. Prezesem Towarzystwa był Dr Ivan Kosirnik. Organ Towarzystwa, miesięcznik »Liječnički Vijestnik« wychodzi od 33 lat; od Nowego Roku 1912 w formacie zwiększonym. Redaktorem jest Dr R. Stanković, zarazem I. sekretarz Towarzystwa lekarskiego.

— Dr L. Rajchman, warszawianin, wychowaniec i b. asystent wszechnicy krakowskiej, objął wraz z R. Smithem i A. Distaso współredaktorstwo pisma »The Journal of State Medicine«, organu »The Royal Institute of public health« w Londynie.

— Berlińska Deputacya szkolna zezwoliła komitetowi międzynarodowego Zjazdu laryngologicznego badać dzieci szkół ludowych co do ozeny w czasie nie przeszkadzającym nauce i za zezwoleniem rodziców. Klęsk.

Mianowani: profesorami higienista doc. Rosenthal w Göttingen, farmakolog doc. Kochmann w Gryfii.

Zmarli: znany urolog Prof. Albarran w Paryżu;

Dr Alojzy Podolski, b. ordynator szpitala w Sterdyni, lekarz powiatu węgrowskiego, w 65 r. ż. w Warszawie.

Bibliografia.

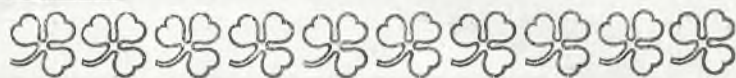
Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 1. Cena 2·25 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

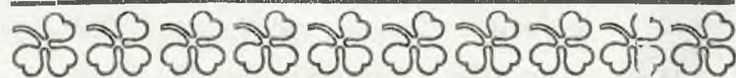
Pierwszy zeszyt pożytecznego tego wydawnictwa, redagowanego przez Dra D. Sarasona, poświęcono i w tym roku, jak w latach poprzednich, ogólnej biologii i patologii, pomieszczając w nim dwie rozprawy: Prof. J. Müllera z zakresu chemii narządów i Prof. Lubarscha: »Znaczenie ogólno-patologiczne gruczołu tarczowego i przysadki mózgowej«. Szczególnie rozprawa Prof. Lubarscha, zajmująca się sprawą bardzo ważną i będącą na dobie, a napisana jasno i przystępnie, może obudzić zajęcie szerokich kół czytelników. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we **środę 7. lutego 1912 r. w klinice chirurgicznej.** Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładem Prof. Jaworskiego. 2) Przedstawienie chorych z kliniki chirurgicznej. 3) Prof. Kader: Nowe sposoby znieczulania ogólnego.

Prezydyum Towarzystwa uprasza o liczny udział w posiedzeniach.





Rok LI. Kraków, dnia 10. lutego 1912. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

Uwagi wstępne.

Jak we wszystkich zabiegach operacyjnych, tak i w cięciu cesarskiem zauważyć można szereg zmian i przeobrażeń, dotyczących nietylko pojedynczych szczegółów, ale zmieniających z gruntu cały jego obraz, sposób przeprowadzenia, wyniki, wskazania i rozległość zastosowania. Tembardziej tu jest to widoczne, że zabieg ten, jako konieczny do ratowania, w pewnych przypadkach, życia rodzącej, wykonywany był już od niepamiętnych czasów tak, że początku jego nawet na pewno wykazać nie można i w ślad za tem przechodził wszystkie przeobrażenia, związane z rozwojem sztuki lekarskiej, a w szczególności chirurgii. Stosowany początkowo jako ostatnia, rozpaczliwa próba ratunku, stał się dziś operacyą, wskazaną w wielu przypadkach z najrozmaitszych względów, nietylko dla dobra matki, lecz także dla usunięcia niebezpieczeństwa, mogącego zagrażać życiu płódu.

Co do samej techniki przeprowadzenia zabiegu, stwierdzić można w ostatnich czasach szybki rozwój, wynikający z dążności wykluczenia właściwej jamy brzusznej, a operowania zewnątrz otrzewnej; myśl bynajmniej nie nowa, gdyż podana już w roku 1806 przez Jörga, a przeprowadzona najpierw w r. 1820 przez Ritgena, dalej przez Physicka, Baudelocquea, Cianflonea, Thomasa, Taylora, Jewetta, Hincego, Edisa, Gillettea, Skenego, Budina, Massona, Coulleta, jednakże zaniedbana, a doprowadzona na właściwe drogi dopiero przez Franka w r. 1906. I teraz jednak nie było to postępowanie jednolite i zupełnie wykształcone, aż dopiero dalsze prace Sellheima, Frommego, Pfannenstiela, Latzki i w. i. nadały mu postać dzisiejszą.

Pomijam zupełnie historyczny rozwój cięcia cesarskiego, powołując się pod tym względem na pracę Bocheńskiego, zestawiającą cały ten rozkwit w pojedynczych etapach, chciałbym natomiast przedstawić stan rzeczy w dzisiejszym jej rozwoju i zastosowaniu. Z tego punktu widzenia walczą ze sobą o lepsze dwie szkoły, jedna dawna t. zw. klasyczna, druga nowa, której ideałem jest postępowanie zewnątrzotrzewne. W środku pomiędzy niemi, jako przejście, zaznacza się szkoła, otwierająca wprawdzie macicę śródotrzewnie, jednakże nie w jej trzonie, ale w jej dolnym odcinku, względnie szyi.

Chcąc przeciwstawić sobie te zapatrywania, powinno się właściwie cięcie cesarskie śródotrzewne trzonowe i szyjne połączyć razem i jako taką całość, porównać z cięciem zewnątrzotrzewnem z tego względu, że oba one mają wspólny punkt najważniejszy, t. j. otwarcie jamy brzusznej Z drugiej jednak strony między cięciem klasycznem, a szyjnem są tak zasadnicze różnice, spowodowane zupełnie odmienną budową anatomiczną tych dwu części macicy, zupełnie innym przebiegiem operacyi, co w szczególności odnosi się do czasu i siły działania rozmaitych bodźców zewnętrznych na wnętrze jamy brzusznej, oraz do przebiegu trzeciego okresu porodu, że nie można obydwu zabiegów traktować jako równorzędne. Tak samo cięcie cesarskie w szyi macicy ma wiele wspólnych cech z cięciem zewnątrzotrzewnem, gdyż jedno i drugie trafia macicę w tym samym jej odcinku, nie może być jednak zszeregowane pod jeden strychulec ze względu na zasadniczą różnicę, tyczącą się otwierania otrzewnej. Chcąc nie chcąc, musi więc rzecz cała rozpaść się na 3 grupy, które przedewszystkiem należy omówić osobno, poczem dopiero można w razie potrzeby łączyć dwie z nich i przeciwstawiać trzeciej. Tylko w ten sposób, obserwując bezstronnie, może statystyka dać wskazówki postępowania w przyszłości i doprowadzić z biegiem czasu do drogi wiodącej do celu t. j. do możności gwarantowania życia matki i płodu, o ile wogóle zapewnienie takie będzie kiedykolwiek możliwe.

Rozpatrzenie poszczególnych sposobów operacyjnych zasadzać się musi przedewszystkiem na dokładnej znajomości pola działania i narządów, które w grę wchodzą. Anatomia, dotycząca cięcia cesarskiego klasycznego, jest tak powszechnie znana i wszechstronnie omówiona, że — choć pojedyncze zapatrywania różnią się między sobą — zbytecznem byłoby kusić się wogóle o jej przedstawienie. Prawie to samo dotyczy sprawy dolnego odcinka macicy, wchodzącego w grę przy cięciu szyjnem śródotrzewnem i zewnątrzotrzewnem, choć i tu zdania są jeszcze podzielone i zapatrywania jednolitego wyrazić nie można. Szczególnie odnosi się to do przebiegu otrzewnej, która układa się już i w zwykłym stanie w rozmaity sposób, a która

w ciąży, zwłaszcza przy jej końcu i podczas porodu, ulega rozległym przesunięciom, wskutek czego wyłaniają się przestrzenie, przedtem zupełnie niedostępne. Studyum tych zmian końcowych wykazuje taką różnorodność, że prawdopodobnie potrzeba będzie jeszcze wielu badań dla ustalenia pewnych typów, i, co za tem idzie, dla stworzenia możności rozpoznania tych typów przed zabiegiem. Dziś, pomimo, że bardzo wiele wykonano już cięć cesarskich przez przecięcie dolnego odcinka macicy, nadzwyczaj mało ścisłych opisów zachowania się otrzewnej dochodzi do wiadomości ogółu. Jak zwykle przy każdej operacyi, tak i tutaj chodzi przedewszystkiem o podanie sposobu jak najłatwiejszego jej wykonania i z jak najlepszą szansą wyjścia dla matki i płodu, zapominając przytem o wiedzy lekarskiej jako nauce ścisłej, nie związanej z chorą jednostką; jak zwykle więcej jest lekarzy, niż badaczów. Z drugiej strony musi jednak dziwić ten stan rzeczy, jeżeli się zważy, że rozpamiętywanie i ustalenie ścisłe stosunków anatomicznych nie odgrywa żadnej roli dla chorej operowanej, gdyż operatora, który wogóle odważył się na wykonanie cięcia cesarskiego, posiada więc potrzebną ku temu wprawę chirurgiczną, nie wytrąci z równowagi podyktowanie kilku szczegółów do protokołu podczas operacyi, chorej zaś jest zupełnie obojętne trwanie zabiegu, o ile on jest niepowikłany, przez kilka minut dłużej. W pierwszej mojej publikacyi, tyczącej się przypadku cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego, zwracałem już na to uwagę, oraz podałem szereg punktów, na które powinno się zwracać uwagę, spodziewając się, że w ślad za tem znajdę na nie odpowiedź w opisach późniejszych autorów i że z biegiem czasu będzie można zupełnie ściśle ustalić anatomię narządu płciowego kobiety przy końcu ciąży i podczas porodu w zarysach tak ścisłych, jak jest znaną u osób nieciężarnych. Do dziś opisów tych nie znalazłem, prócz rysunków w pierwotnej pracy Franka i prócz dat anatomicznych, zebranych z przekrojów przez Sellheima. Jeżeli się odtrąci nieco szczegółowszy opis Rosthorna, podany na posiedzeniu Towarz. ginekologicznego w Wiedniu 2 marca 1909, to pozostaną tylko luźne wzmianki, z których na pewno pojedynczy autor przypomni sobie przebieg operacyi i trudności, z jakiemi miał do walczenia, z których jednak prawideł ogólnych wysnuć prawie nie można.

Przeprowadzając konsekwentnie myśl podaną, notowałem szczegółowo stosunki anatomiczne w każdym przypadku. Na razie jest ich jednak za mało do wyciągania wniosków.

Pole operacyjne, przez które zewnątrzotrzewnie dostać się można do szyi macicy, opisał w krótkich słowach Rosthorn i opis ten powtarzam poniżej dla dania krótkiego obrazu oryentacyjnego. Chcąc odsłonić szyję macicy, przejść należy przez warstwę wiotkiej tkanki łącznej przedpęcherzowej, okołopęcherzowej i przedszyjnej. Postępując krok za krokiem, dochodzi się do tkanki łącznej Retziusa, a za nią do przedniej ściany pęcherza, pokrytej od przodu powięzią przedpęcherzową. Następnie, po odsunięciu pęcherza w dół, lub na bok, zagłębia się w tkankę okołopęcherzową, ograniczoną od góry otrzewną, od dołu powięzią miedniczną, od boków mięśniami (obturatorius internus), od tyłu zaś szyją macicy. W przestrzeni tej przebiegają w pewnych kierunkach zbitsze pasma tkanki łącznej, będące w związku z powięzią przedpęcherzową i pęcherzową. — Otrzewna, ogółem biorąc, schodzi z przedniej ściany powłok brzusznych na szczyt pęcherza, pokrywa część jego tylnej ściany, tworzy załamek mniej lub więcej głęboki, przechodzi na przednią ścianę szyi i zazwyczaj nieco powyżej pierścienia skurczowego spaja się silnie z trzonem macicy. Szczegóły, dotyczące głębokości tego załamka, rozległości pokrycia tylnej ściany pęcherza i przedniej ściany szyi macicy, są nadzwyczaj zmienne, wahają się między pokryciem tych części całkowitem, a zupełnem ich niepokryciem, i, jak wyżej wspomniałem, wymagają jeszcze należytego oświetlenia; tak samo stan i przemieszczenie pęcherza moczowego zmienne znowu w bardzo szerokich granicach. — Przyczepienie się otrzewnej do swego podłoża wyświetliły badania Sellheima; ustaliły one fakt, że otrzewna przyrosła dość silnie do szczytu pęcherza i jego rogów w okolicy odejścia więzadeł pęcherzowo-pępkowych bocznych, zresztą zaś związek ten jest luźny, tak, że na tępo z całą łatwością daje się usunąć.

Podział i technika wykonania.

Cesarskie cięcie szyjne, podane pierwotnie przez Franka dla przypadków zakażonych, zdążając przez sposób operacyi śródotrzewnej i przezotrzewnej do cięcia zewnątrzotrzewnego, wykonywane dziś coraz to rzadziej w przypadkach zakażonych, coraz częściej zaś w czystych, lub mało podejrzanych, rozpadło się na 3 grupy, z których każda ma swoich bezwzględnych zwolenników i przeciwników. Z uwzględnieniem i cięcia klasycznego, są to:

1)	Cesarskie	cięcie	śródotrzewne	klasyczne
2)	»	»	»	szyjne
3)	»	»	przezotrzewne	»
4)	»	»	zewnątrzotrzewne	»

Co do pierwszego — nie zabieram głosu, co do dalszych trzech chciałbym w krótkich słowach przedstawić liczne sposoby dziś wykonywane, zdążające coraz bardziej do ulepszenia techniki i doprowadzenia jej do szczytu.

Cesarskie cięcie śródotrzewne szyjne, podane pierwotnie przez Pfannenstiela, polega na otwarciu jamy brzusznej cięciem poniżej pępka podłużnem lub poprzecznem, nacięciu otrzewnej macicznej i otwarciu szyi na przestrzeni między pierścieniem skurczowym a ujściem zewnętrznem. Według pierwotnego sposobu, wyzyskuje się dla przecięcia szyi przestrzeń między pierścieniem skurczowym, a dnem załamka otrzewnej, jeżeli to jednak nie wystarcza, odłuszcza się na tępo pęcherz od szyi macicy, zyskując przez to miejsce, aż do sklepienia pochwy. Postępowanie to przeprowadzono w rozmaity sposób, stosując naprzemian rozmaite kierunki cięć w poszczególnych warstwach powłok brzusznych.

Cięcie przezotrzewne, podane przez Franka jako sposób pierwotny cesarskiego cięcia szyjnego, polega w ogólnych zarysach na sztucznem wytworzeniu przestrzeni niejako zewnątrzotrzewnej w obrębie samej właściwej jamy brzusznej. Naogół uzyskuje się to przez przecięcie otrzewnej w dwóch miejscach i zeszycie jej brzegów ze sobą. W szczegółach wykonują to przez przyszycie brzegów przeciętej otrzewnej ściennej do otrzewnej macicznej i nacięcie następowe tej ostatniej, lub przecięcie otrzewnej ściennej i macicznej z następowem zeszyciem ich brzegów. Zeszyte

blaszki otrzewnej pozostają następnie połączone ze sobą, albo też oddziela się je po operacyi na nowo i zeszywa według pierwotnych stosunków anatomicznych. Zamknięcie otrzewnej czasowe, uzyskane w powyższych sposobach, można wykonać zapomocą szwu węzełkowego lub ciągłego, albo też zapomocą zacisków, zakładanych na brzegi otrzewnej.

Cięcie zewnątrzotrzewne, zapoczątkowane przez Sellheima, a wykształcone szczególnie przez Latzkę, polega w ogólnych zarysach na wejściu pomiędzy pęcherz a załamek otrzewnej i dostaniu się tą drogą do przedniej ściany szyi macicy. Dostęp uzyskuje się przez odłuszczenie otrzewnej z pęcherza moczowego i dolnego odcinka macicy lub też przez usunięcie pęcherza na bok, co samo już stwarza odsłonięcie szyi. Pierwsze napotyka często na poważne trudności, w drugiem można operować zewnątrzotrzewnie z szansą prawie zupełnego powodzenia, jak to stwierdzają najpoważniejsi autorowie. Nie brak nawet głosów, że naddarcie otrzewnej przypadkowe należy w takich przypadkach kłaść na karb niezręczności operatora lub błędu technicznego.

Myśl, rzucona przez Latzkę, odsuwania pęcherza na bok opanowała prawie odrazu umysły wszystkich, w porównaniu bowiem z pierwotnym sposobem Sellheima stanowiła znaczne udoskonalenie i wskutek łatwości oddzielania pęcherza i załamka otrzewnej gwarantowała prawie, jak się wówczas wydawało, przeprowadzenie zabiegu zewnątrzotrzewnie, co było celem głównym. W bardzo krótkim jednak czasie okazało się, że i przy tym sposobie wydarzają się mimowolne przedarcia otrzewnej i pęcherza moczowego i dlatego starano się metodę jeszcze ulepszyć. Dla łatwiejszego dojścia do boku pęcherza i do szyi macicy, proponował Küstner nacięcie skóry nie w linii środkowej, lecz obok niej w oddaleniu około 2—3 centymetrów, a Döderlein prócz tego nacięcie szyi boczne, nie w linii środkowej, co miało znacznie upraszczać w mniejszym stopniu już potrzebne odsunięcie pęcherza. Z biegiem czasu poprawki te nie uzyskały zwolenników.

Najbardziej popularnym pozostał dotychczas sposób Latzki, który w miarę wykształcenia techniki operacyjnej daje coraz to lepsze wyniki. Zarzucano mu tylko, że do możności wykonania wymaga znacznego rozciągnięcia dolnego odcinka macicy, co przychodzi do skutku tylko podczas porodu, już po pewnym czasie jego trwania, że więc wskutek tego nie nadaje się do rozwiązania w przypadkach, będących w samym początku porodu, lub jeszcze podczas ciąży. Dla ulepszenia i w tym kierunku podali Solms i Dührssen swoją metodę, wzorującą się na dawno znanym zabiegu Ritgena, a polegającą na cięciu bocznem, równoległem do więzadła Pouparta, dojściu na tępo do bocznej ściany szyi macicy i nacięciu jej w tem miejscu z bardzo małem i łatwem obsunięciem pęcherza i załamka otrzewnej. W przypadkach, w których miejsca było zamało, radził Dührssen w czasie trwania samego zabiegu przerwać go chwilowo, wprowadzić balon gumowy do szyi macicy od strony pochwy i na nim podobnie, jak przy cięciu cesarskiem pochwowem, rozciąć przednią ścianę szyi, a cięcie to przedłużyć następnie do woli od strony rany w powłokach brzusznych. Sposób ten miał i drugą jeszcze zaletę, pozwalał bowiem na zupełne zamknięcie rany górnej zaraz po porodzie dziecka i przeprowadzeniu okresu trzeciego już na prawidłowej drodze, t. z. przez pochwę. Pomimo tych wszystkich zalet sposób powyższy nie znalazł wielu zwolenników, choć często i wymownie był popierany przez swego twórcę i jego asystentów. Powodu nieprzyjęcia się jego, choć nikt o tem nie wspomina, należy prawdopodobnie szukać w fakcie konieczności operowania naprzemian przez czystą ranę brzuszną i przez pochwę, która, jak wiemy, wyjałowić się nie da.

Sposób powyższy podany był dla przypadków czystych, które coraz to bardziej są brane w rachubę przy cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem. W ślad za tem starano się wyeliminować przypadki zakażone i dla nich stworzyć osobny sposób postępowania, korzystny dla dziecka i dla matki. Wynikiem tego usiłowania jest sposób Sellheima, operowanie przez t. zw. przetokę maciczno-brzuszną (Uterusbauchdeckenfistel), a polegający na otwarciu jamy brzusznej w cięciu w linii środkowej poniżej pępka, przyszyciu brzegów otrzewnej ściennej do brzegów skóry, nacięciu otrzewnej macicznej i przyszyciu jej brzegów znowu do brzegów skóry w ranie, przecięciu szyi macicy w linii środkowej i przyszyciu brzegów i tej rany do skóry. Powstaje w ten sposób prosta komunikacya jamy macicy ze światem zewnętrznym, otoczona wewnętrzną powierzchnią szyi macicy i skórą, a wzmocniona podwójnem przyszyciem otrzewnej do skóry. Przetoka ta bez zmiany pozostaje po porodzie i w parę tygodni później wymaga ponownej operacyi dla oddzielenia zrostów i stworzenia stosunków pierwotnych.

Z dawniejszych czasów pochodzą sposoby, będące wyrazem dążności do ulepszenia jeszcze przed podaniem zasad postępowania Latzki przez Sellheima i Franka, polegające na czasowem, krótkotrwałem otwarciu otrzewnej dla oryentowania się stąd o istniejących stosunkach i dla uniknienia obrażeń przypadkowych. Sposoby te, które już a priori zrzekały się wykonania operacyi bezwzględnie zewnątrzotrzewnie, ustały z chwilą wystąpienia Latzki i dziś prawie zupełnie nie wchodzą w rachubę.

To byłyby ogólne zasady rozwoju techniki cięcia cesarskiego nadłonowego, tak śródotrzewnego, jak zewnątrzotrzewnego. Jak wyżej wspomniałem, drobnych odmian prowadzenia cięcia lub drobnych różnic od pierwotnie podanego sposobu nie uważam za zmiany zasadnicze, lecz raczej za przystosowanie się do osobistych zapatrywań operatora i do stosunków miejscowych.

Ze względu jednak na konieczność porozumienia się w krótkich słowach i ze względu na określanie tych sposobów nazwiskami w mojem zestawieniu, podaję tutaj spis ich wszystkich wraz z krótkiem objaśnieniem istoty rzeczy:

Frank I. — Poprzeczne przecięcie powłok brzusznych i otrzewnej ściennej i macicznej. Zeszycie brzegów otrzewnej ściennej z brzegami otrzewnej macicznej. Przecięcie poprzeczne szyi.

Frank II. — Mały otwór w otrzewnej przy przecięciu powłok, jak w poprzednim sposobie. Odsunięcie otrzewnej z pęcherza pod kontrolą oka. Zeszycie otworu w otrzewnej. Dalej postępowanie zewnątrzotrzewne.

Frank II b. — Jak poprzedni, lecz bez nacinania otrzewnej, a więc ściśle zewnątrzotrzewnie.

Fromme I. — Jak Frank I. Jedynie tylko, po ze-

szyciu szyi macicy, rozpuszczenie szwów otrzewnych i zeszycie blaszek tejże w położeniu anatomicznem, a więc tak, jak były przed operacyą.

Fromme II. — Cięcie podłużne przez powłoki brzuszne i otrzewną. Spięcie zaciskami brzegów otrzewnej ściennej z brzegami otrzewnej macicznej. Podłużne przecięcie szyi. Po wydobyciu płodu i zeszyciu rany macicznej, zeszycie blaszek otrzewnej w stanie fizyologicznym.

Sellheim I. — Poprzeczne cięcie Pfannenstiela. Rozsunięcie mięśni prostych. Odłuszczenie otrzewnej od powłok brzusznych ściany przedniej, dna i ściany tylnej pęcherza i dolnego odcinka macicy, przy wypełnionym pęcherzu moczowym — lub

Sellheim I b. — Po chwilowem otwarciu otrzewnej dla umożliwienia kontroli wzrokiem, odsunięcie otrzewnej w górę. Podłużne przecięcie szyi. Szew macicy dwupiątrowy.

Sellheim II. — Poprzeczne cięcie Pfannenstiela. Przecięcie otrzewnej ściennej, poprzecznie nad szczytem pęcherza. Przyszycie brzegu tej rany otrzewnej do otrzewnej macicznej. Przecięcie poprzeczne otrzewnej macicznej w głębi załamka i odsunięcie pęcherza. Dalej jak Sellheim I.

Sellheim III. — Początek, jak Sellheim II. Po przecięciu otrzewnej ściennej poprzeczne przecięcie otrzewnej macicznej, jak najniżej, najlepiej w dnie załamka. Odłuszczenie górnego płatu otrzewnej macicznej i zeszycie jego brzegu z brzegiem otrzewnej ściennej. Dalej jak Sellheim I.

Sellheim IV. — (Uterusbauchdeckenfistel). Podłużne przecięcie powłok brzusznych i otrzewnej ściennej i macicznej. Przyszycie brzegów otrzewnej ściennej do skóry, a brzegów otrzewnej macicznej do brzegów otrzewnej ściennej. Podłużne przecięcie szyi i przyszycie brzegów tej rany do skóry. — Po porodzie pozostaje przetoka, którą zamyka się następowo.

Pfannenstiel. — Poprzeczne cięcie powłok brzusznych, podłużne otrzewnej i dolnego odcinka macicy. W razie potrzeby odłuszczenie pęcherza po poprzecznem nacięciu załamka otrzewnej.

Baum — jak Fromme I., tylko zamiast szwu blaszek otrzewnej, zaciski.

Rubeška. — Cięcie podłużne powłok brzusznych i otrzewnej ściennej. Obrąbienie elipsy otrzewnej macicznej brzegami przeciętej otrzewnej ściennej. Podłużne przecięcie szyi. — Otwarte gojenie rany macicznej.

Hofmeier I. — jak Fromme II, lecz ze spojeniem blaszek otrzewnej ściennej i macicznej między sobą ciągłym szwem, który pozostaje na stałe i z następowem sączkowaniem.

Hofmeier II. — Cięcie podłużne powłok brzusznych i macicy możliwie głęboko. W razie braku miejsca, nacięcie i trzonu.

Latzko. — Przy pęcherzu moczowym, wypełnionym 150 cm^3 płynu, cięcie podłużne w linii białej. Rozsunięcie mięśni prostych. Odsunięcie pęcherza na bok. Przecięcie podłużne szyi. — Po zabiegu sączkowanie tkanki okołopęcherzowej.

Hammerschlag. — Poprzeczne przecięcie powłok brzusznych aż do otrzewnej; podłużne przecięcie otrzewnej ściennej i przyszycie jej brzegów do szyi. Podłużne przecięcie szyi.

Krönig — jak Frank I., lecz z macicznem cięciem krzyżowem lub w kształcie T.

Klein I. — Podłużne przecięcie powłok brzusznych i otrzewnej. Odłuszczenie otrzewnej od pęcherza i macicy. Przecięcie szyi macicy poprzecznie.

Klein II. — jak poprzedni, lecz z podłużnem przecięciem szyi.

Döderlein. — Poprzeczne cięcie Pfannenstiela. Rozsunięcie mięśni prostych. Zakarbowanie prawego m. prostego tuż u podstawy i częściowe odłuszczenie go od przyczepu, wypełnienie pęcherza. Rozsunięcie tkanki łącznej z boku macicy. Odsunięcie pęcherza ku przodowi. Boczne nacięcie szyi.

Solms-Dührssen. — Cięcie nad więzadłem Pouparta równolegle do niego. Odsunięcie pęcherza ku przodowi, załamka otrzewnej ku górze. Następnie przez pochwę kolpohysterotomia anterior. Wydobycie płodu kleszczami przez ranę brzuszną, łożyska przez pochwę. Zamknięcie rany pochwowej. Zamknięcie rany brzusznej.

Solms — jak Solms-Dührssen, a tylko poprzednio balon do szyi. Na nim rozcina się szyję od strony pochwy. W okresie III. zakłada się prowizorycznie zaciski na przymacicza dla zapobieżenia krwawieniu.

Reifferscheid I. — Podłużne przecięcie powłok brzusznych, poprzeczne otrzewnej ściennej. Przyszycie brzegów otrzewnej ściennej do macicy. Podłużne nacięcie szyi.

Reifferscheid II. — Podłużne przecięcie powłok i otrzewnej. Przyszycie brzegów otrzewnej ściennej do macicy. Podłużne nacięcie szyi.

Rubeška II. — Cięcie podłużne 3 cm. na lewo od linii środkowej. Dalej, jak Latzko.

Küstner. — Cięcie podłużne 5 cm. na bok od linii środkowej, a to na lewo przy prawostronnem ułożeniu pęcherza, na prawo przy jego ułożeniu lewostronnem. Przy pęcherzu ułożonym w środku, cięcie po stronie tyłogłowia. Dalej jak Latzko.

Henkel. — Laparotomia. Wytoczenie macicy. Prowizoryczne zamknięcie jamy brzusznej. Zawinięcie macicy w chusty. Poprzeczne przecięcie otrzewnej macicznej nad szczytem pęcherza. Odłuszczenie pęcherza. Podłużne przecięcie szyi.

E. Frank — jak Latzko, tylko po porodzie płodu zeszywa całą ranę, a w $1/2$ godziny potem wyciska łożysko przez pochwę.

W dzisiejszych czasach znajduje cesarskie cięcie nadłonowe coraz więcej zwolenników i coraz więcej wskazań, i pozwala żywić nadzieję, że w przyszłości stanie się, jako jednolicie wykształcony sposób postępowania, przystępnem dla wszystkich. Ogólny jego obraz dać może tylko zestawienie przypadków dotąd operowanych, oraz podanie możliwie jak największych szeregów zabiegów, wykonanych przez tego samego operatora. Chcąc bezstronnie dojść do miarodajnych wniosków, chciałbym użyć jednej i drugiej drogi i połączyć cyfry, wynikające z zestawienia ogólnego, z własnem doświadczeniem, nabytem w kilkunastu przypadkach. Dla uzyskania statystyki, obejmującej wszystkie przypadki dostępne mi w piśmiennictwie, zacząć muszę od podania swoich, które następnie zostają włączone do całkowitego zestawienia.

Przypadki własne.

I. Lp. 607/1907/8 M. G., cesarskie cięcie zewnątrzotrzewne bez przedarcia otrzewnej sposobem Sellheima, ogłoszone już poprzednio w Centrablatt für Gynäkologie z r. 1908 Nr. 25.

II. L. p. 195/1908/9 M. Z., żona rolnika z Lipczyc, 21-letnia wieloródka, przyjęta 22. listopada 1908 r. o 9 rano. Poprzednio rodziła trzy razy, przyczem poród musiano zawsze kończyć wymóżdżeniem. Ostatnia regularność skończyła się 23 lutego 1908, pierwsze ruchy poczuła chora 11 lipca 1908, bólów jeszcze nie miała. Badanie wykazało, co następuje: Osoba miernie odżywiona i zbudowana, będąca przy końcu ciąży, nie gorączkująca, z żywym płodem w położeniu czaszkowem pierwszem, nieustalonem. Miednica skośnie zwężona w ten sposób, że połowa prawa jest znacznie mniejsza, lewa stosunkowo większa, jednak nie większa od prawidłowej, tak, że całość wygląda podobnie do typu miednicy Nägelego, charakteryzującej się brakiem skrzydła kości krzyżowej. Wymiary tej miednicy są:

D. spin.	$21^1/_2$ cm.
D. crist.	23— »
D. troch.	28— »
C. ext.	19— »
C. diag.	10— »
C. vera (Bylicki) . . .	9·5 »
Wym. poprz. wychodu .	9— »

29 listopada o 4 rano wystąpiły bole porodowe, o $^1/_2$-7 rano wykazało badanie część pochwową zanikłą, ujście rozwarte na guldena, a pęcherz utrzymany. Z tą chwilą przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, przy ułożeniu zwisłem według Trendelenburga i przy pęcherzu wypełnionym 100 cm^3 rozczynu kwasu borowego, poprowadzono w linii środkowej cięcie, sięgające ku górze na dłoń niżej pępka, ku dołowi do spojenia łonowego. Następnie rozsunięto na tępo mięśnie proste i odsłonięto pęcherz moczowy. Załamek otrzewnej, zachodzący na pęcherz, dał się początkowo łatwo usunąć, dopiero na szczycie pęcherza zrost otrzewnej z jego ścianą był tak silny, że oddzielić się nie dał i przyszło do naddarcia otrzewnej. Wobec tego odstąpiono od myśli operacyi zewnątrzotrzewnej, a wobec czystości przypadku zdecydowano się na sposób Pfannenstiela. Podłużne cięcie w linii środkowej otwiera otrzewnę maciczną, a zaraz za nią ścianę dolnego odcinka; ta ściana bardzo mało wypuklona, grubości około 3—4 milim. Pierścienia skurczowego nie widać. Po usunięciu wstawia się w ranę nienaruszony pęcherz płodowy, wykazujący tylko bardzo luźny związek ze ścianą szyi. Po jego przebiciu i wypuszczeniu czystej wody płodowej, widać płód w położeniu miednicowem zupełnem pierwszem. Wydobycie go za nóżkę nie sprawia żadnych trudności. Po urodzeniu płodu trzon macicy kurczy się prawidłowo, natomiast dolny odcinek i szyja nie kurczą się wcale, a rana nie zmienia kształtu ani wielkości w żadnym kierunku. Szczególnie dobrze widać to później przy wydobyciu łożyska, gdzie ręka stwierdza obkurczone ściany trzonu, a poniżej jamę wielkości głowy dziecka, otoczoną ścianami, w których nie czuć, ani nie widać żadnych skurczów.

Już przy przecięciu macicy zaczyna silnie krwawić z brzegów rany. Krwotok ten powiększa się znacznie po wydobyciu dziecka tak, że okazuje się potrzeba usunięcia łożyska. Gdy wygniecenie sposobem Credego nie wiedzie do celu, wprowadzono rękę do jamy macicy i odklejono łożysko, leżące na tylnej i lewej ścianie, przyrośnięte w jednem miejscu na przestrzeni wielkości halerza. Dla uniknięcia ewentualnego zatoru powietrznego dokonano tego wydobycia łożyska po uniesieniu górnej połowy ciała w pozycyi nawpół siedzącej. Pomimo usunięcia łożyska krwotok nie ustaje, wstrzymuje go dopiero silna tamponada macicy gazą vioformową, której koniec przeprowadzono przez ujście do pochwy. Teraz połączono brzegi rany macicznej 9 szwami katgutowymi węzełkowymi i ciągłym szwem pokrywającym. Nad tem zeszyto otrzewnę maciczną, otrzewnę ścienną i powłoki brzuszne. Operacya trwała 60 minut.

Stosunki anatomiczne przedstawiają się w tym przypadku następująco: Pęcherz moczowy wyciągnięty w górę, tak że jego górna granica sięga na dłoń wyżej spojenia łonowego, biegun zaś dolny dochodzi do połowy tego spojenia. Otrzewna ścienna schodząc z góry, zachodzi na $1—1^1/_2$ cm. na przednią ścianę pęcherza, pokrywa następnie jego dno i ścianę tylną, tworzy głęboką zatokę maciczno-pęcherzową i aż na wysokości około $^1/_4—^1/_2$ cm nad ujściem zewnętrznem przechodzi na ścianę macicy, z którą zrasta się o 5—6 cm. wyżej. Stąd pęcherz stoi w związku tylko ze sklepieniem przedniem i zaledwie z dolnym brzegiem szyi macicy tuż przy ujściu zewnętrznem, część zaś szyi i dolnego odcinka, z której możnaby usunąć otrzewnę, chcąc operować sposobem Sellheima, wynosi, licząc od ujścia zewnętrznego, $5^1/_4—6^1/_2$ cm.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Następnego dnia po operacyi wyjęto gazę z macicy, 9. grudnia szwy, rana zgojona doraźnie. 19. grudnia wypuszczono pacyentkę jako zdrową. Badanie wykazało wtedy macicę w dość znacznem uniesieniu i zrost w obrębie rany między przednią jej ścianą a powłokami brzusznemi.

Płód żywy, donoszony, po urodzeniu ważył 3·000 gram., a miał długości 51 cm., obwód główki wynosił 37 cm., obwód barków 41 cm.

Łożysko (19:17 cm.) prócz miejsca zrostu bez zmian, pępowina długości 40 cm., przyczepiona przyśrodkowo, prawidłowa.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Metoda lecznicza, o której mowa, wysunęła na widownię dociekań klinicznych pewne szczegóły rozpoznawcze z dziedziny dyagnostyki płucnej. Są nimi: dokładne poznanie rozmiarów zmian w płucach; bliższe określenie ruchomości płuc, względnie, określenie rozmiaru zrostów płuca z opłucną ścienną; wreszcie, charakter objawów klinicznych, występujących po zaprzestaniu uciskania płuca.

Nie sprawdziły się te nadzieje, jakie pierwotnie pokładano w tej metodzie — o ile mowa o początkowych okresach gruźlicy. Nie daje nam tu radiologia bezpośredniej odpowiedzi na pytanie, czy wykazane ognisko jest czynne, czy nieczynne. Ale rozmiary zmian anatomicznych starszych, ale obecność jam, ale charakter jednej ze spraw gruźliczych, mianowicie gruźlicy prosówkowej, coraz częściej możemy rozpoznać dokładnie tylko przy pomocy promieni Röntgena, szczególniej, jeśli stosujemy jednocześnie radioskopię i radiografię.

Co do poznania rozmiarów zmian gruźliczych w płucach, to badanie kliniczne zostaje uzupełnione przez badanie promieniami Röntgena i przez nie często skorygowane w dwu różnych kierunkach.

W jednym szeregu przypadków radiografia wykazuje zmiany tam, gdzie badanie kliniczne żadnych zgoła zmian w miąższu płuc nie wykrywa lub każe przypuszczać zmiany niewielkie; przy rozstrzyganiu obchodzącej nas w tej chwili sprawy wskazań do odmy sztucznej, wykazanie dokładnego rozmiaru, a głównie siedziby zmian, dwa różne wnioski za sobą pociąga: 1) znalezienie większych, niż przypuszczaliśmy, zmian w jednem płucu przeważyć może na korzyść wskazania do zastosowania odmy w celach leczniczych; 2) znalezienie zmian w płucu przeciwległem ogranicza wskazanie do tego zabiegu.

Podobnie z wykazaniem obecności jam, kiedy ich nie znalazło badanie kliniczne; ich wykazanie w jednem płucu — skłoni do zastosowania odmy; ich wykrycie w płucu t. zw. »zdrowem«, — uchyli możność wytworzenia odmy.

Ale badanie radiograficzne wykazać może brak zmian tam, gdzie badanie kliniczne. lub mówiąc ściślej, osłuchiwanie — takie zmiany stwierdza.

Sprawą rzężeń symetrycznie przeniesionych zajęto się głównie dzięki temu, że badanie radiograficzne nie wykazywało czasem zmian anatomicznych tam, gdzie na zasadzie osłuchiwania przypuszczano daleko posunięte zmiany, słyszano szmer oddechowy oskrzelowy (lub prawie oskrzelowy), nawet szmer dzbanowy, rzężenia dźwięczne, objawy jam. Takie objawy, jak się okazało, bywają czasem przeniesione ze strony jednej, zajętej sprawą gruźliczą, na symetrycznie przeciwległą okolicę strony zdrowej.

Tej sprawie poświęcili w ostatnich czasach wiele uwagi Saugman i Muralt, wykazując, jak konieczne jest sprawdzenie stanu płuc przez radiologię w tych przypadkach, w których badanie kliniczne zdaje się wyłączać możność wytworzenia odmy, wobec wyraźnej obustronności daleko posuniętych zmian gruźliczych w płucach.

Na zjawiska przeniesienia rzężeń i charakteru oddechu — z płuca chorego na symetrycznie położone okolice płuca zdrowego, zwracał uwagę pierwszy Laennec; w kilku ustępach swego »Traité de l'auscultation médicale« (Paryż, 1826), które przytacza Muralt, ta sprawa jest niedwuznacznie wyłożona. Saugman przytacza dwu innych starych autorów, którzy o tem zjawisku pisali: Feugera i Buddego. Z nowszych pisarzy wspominają o tym objawie: Turban, Eichhorst, Sahli.

Pomijając teoretyczną wartość tego spostrzeżenia, powiem tylko, że, według Muralta, przewodnictwo po przez kościec (a nie przez tkankę płucną) jest przyczyną przeniesienia symetrycznego rzężeń i charakteru oddechowego z okolicy sprawą chorobową zajętej na przeciwległą okolicę zdrową.

Rozpoznanie, czy objaw przysłuchowy, stwierdzony w danem miejscu, jest autochtonicznym, czy też przeniesionym, jest, zdaniem Saugmana, rzeczą niezmiernie trudną. Muralt podaje w tym celu szereg prób rozpoznawczych, wymagających wielkiej wprawy i czasu, głównie osłuchiwanie jednoczesne przez dwu badających, obu okolic płuc, przy pomocy dwu fonendoskopów. Najpewniejszem jest jednak badanie radiologiczne, które w tych właśnie przypadkach oddaje usługi najlepsze, o czem sam miałem sposobność się przekonać. Tu badanie promieniami Röntgena, wykazując ednostronne zajęcie płuca u chorego, u którego badanie kliniczne stwierdziło cierpienie obustronne, rozszerza zakres stosowania odmy leczniczej.

Jak już o tem wielokrotnie mówiłem, w pewnej tylko części przypadków, kwalifikujących się do odmy, udaje się ją wytworzyć, ponieważ zrosty temu przeszkadzają.

O możliwości wytworzenia odmy często nic z góry powiedzieć nie można; niejakie pojęcie o tem, czy istnieją zrosty, daje badanie ruchomości brzegów płucnych.

Zdaniem Forlaniniego, (który przy opukiwaniu granic płuc posługuje się specyalnym plesymetrem), prawidłowa ruchomość dolnych brzegów płuc przy kolejno wykonywanych: głębokim wdechu i wydechu wynosi: w linii pachowej środkowej 10, w linii sutkowej 8, w przymostkowej 4 cm. Zmniejszenie się wyraźne tej ruchomości przemawia za istnieniem zrostów opłucnych, ograniczających ruchy płuca, co świadczyć ma o trudności (wzgl. niemożliwości) wytworzenia odmy doskonałej. Niezawsze jednak tak się dzieje, albowiem nieraz zrost niewielki, ale nieustępliwy, większą stanowić może przeszkodę techniczną, aniżeli miękkie zrosty na dużej przestrzeni. Zdarza się jednak i tak, że zrosty pasemkowe mało co ograniczają ruchy płuca, stanowią zaś nieprzepartą przeszkodę przy wytwarzaniu odmy

Radioskopia w sposób łatwy poucza o ruchomości brzegów płuc; ale i tą drogą uzyskane podstawy co do rokowania są zawodne, dają bardzo zmienne oparcie do wniosków o możności wytworzenia odmy.

Jedynie przypadki wyraźnego zapadnięcia się jednej połowy klatki piersiowej świadczą niedwuznacznie przez spostrzegany wtedy objaw wciągania jej oddechowego o silnym zroście, zlaniu się obu opłucnych.

We wszystkich innych przypadkach obecność wskazań klinicznych do leczenia odmą wystarczyć powinna do próby jej wytworzenia. Jeśli przy ponawianych próbach nie znajdziemy wcale jamy opłucnej, albo jeśli utworzymy jedynie niewielką odmę komorową, której ścian nie uda się przez reinsuflacye rozerwać, to dalszego leczenia zaniechać musimy.

Kiedy metodą nakłucia nie udaje się znaleźć wolnej jamy, a ruchomość płuc na jej istnienie wskazuje, należy próbować znaleźć tę jamę przez cięcie, metodą Brauera.

Prócz wyliczonych, jedną jeszcze sprawę z dziedziny osłuchiwania i opukiwania wysunęła metoda leczenia odmą sztuczną; mówię o objawach osłuchowych i opukowych, jakie powstają z chwilą, kiedy po domniemalnem osiągnięciu wyleczenia zaprzestajemy reinsuflacyi i płuco się rozszerza.

Jak już wspomniałem, Forlanini (jak i Saugman) przekonali się, że zdrowa tkanka płucna, niezajęta przez sprawę gruźliczą, powraca po najdłuższym nawet ucisku do swych czynności oddechowych i że nie jest ona bardzo w swej budowie anatomicznej zmieniona. Badanie anatomiczne we wspomnianym już wyżej przypadku śmierci (z powodu zapalenia płuc strony »zdrowej«) po pięcioletnim ucisku przez odmę sztuczną płuca gruźliczego, wykazało, że wraz z wessaniem się gazu zdrowe części płuca rozszerzyły się. Te odcinki płuca zdrowego są rozrzucone wśród ognisk bliznowato przeobrażonych lub niedodmowych; współcześnie mikroskop wykrywa zgrubienie ścian naczyń i oskrzeli.

Jeśli dodamy załamanie się w przebiegu oskrzeli i oskrzelików, łatwo pojmiemy, jak nieprzewidzianie ró-

żnorodne będą objawy opukowe i osłuchowe, przy badaniu takiego płuca znajdowane.

Rzężenia, słyszalne w takiem płucu, rozszerzającem się nanowo i już rozszerzonem, uważa Forlanini za zupełnie swoiste, niczem nie przypominające znanych rodzajów rzężeń; Saugman temu przeczy, mówiąc, że wszystkie te objawy osłuchowe nic charakterystycznie osobliwego w sobie nie mają.

Odmę płucną w celach leczniczych wytworzyłem do dnia 31. XII. 1911 (historye chorób są doprowadzone w przypadkach dalej podanych do dnia 31. I. 1912) trzynastu chorym szpitalnym (zawsze przy łaskawej asystencyi kol. Maryi Szapiro, której za pomoc na tem miejscu dziękuję); przypadek czternasty tyczy chorego, którego reinsufluję.

We wszystkich 14 przypadkach była gruźlica płuc.

Z tych 14 przypadków w pięciu leczenie musiało być przerwane; w dwu z powodu niemożności wytworzenia odmy dostatecznej; w dwu z powodu wyjścia chorych ze szpitala, którym to leczenie wydawało się zbyt uciążliwem; w jednym z powodu omyłki technicznej, błahej, ale zniechęcającej chorego.

W żadnym z tych przypadków, w których leczenie przerwano, nie spostrzegałem objawów pogorszenia.

Osiem przypadków mam obecnie w leczeniu; jeden chory zmarł z powodu róży.

Jeżeli już teraz mówię o moim niewielkim materyale klinicznym, to czynię to wyłącznie dlatego, że metoda Forlaniniego dała mi dodatnie wyniki i radbym, by w naszych sanatoryach i szpitalach zaczęto jej częściej próbować.

Oto w streszczeniu historye chorób spostrzeganych przypadków [1]).

W pięciu następujących przypadkach odmy dostatecznej nie wytworzono.

I. Tuberculosis pulmonis sinistri subacuta (Roentgen [2]): Infiltratio totius pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. (Insuflatio 28. VIII. 1911. Octo reinsuflationes usque ad 29. X. 1911). Amelioratio.

B. S., lat 27, krawcowa, panna. Chora od pięciu miesięcy; kaszel z obfitą plwociną, częste krwioplucie, gorączka; bardzo silne wychudnięcie i osłabienie, niezdolność do pracy. Przed dwoma laty przebyła zapalenie płuc. Brat zmarł z powodu gruźlicy. Do szpitala przybyła 27. VIII 1911. Uderza sinawa bladość powłok i błon śluzowych. Tętno drobne, 124; oddechów 40 na minutę, stan podgorączkowy. Gruczoły podszczękowe powiększone. Sieć żylna na klatce piersiowej. W płucach: stłumienie odgłosu opukowego z przodu aż do granicy serca, z tyłu aż do kąta łopatki lewej; na tym obszarze oddech oskrzelowy i liczne rzężenia wilgotne, drobne; po stronie prawej pod i nad obojczykiem wydech wydłużony.

Odmę wytworzono 28. VIII 1911, uzyskując po ośmiu reinsuflacyach ucisk jedynie płatu dolnego. Od 8. X. gorączka spadła. Tętno po tym czasie 88—92, oddech 28—32. Stan ogólny lepszy, na wadze przybyło 1 kilogr. Po każdej reinsuflacyi duszność, która trwa po 24 godzin.

Pomimo wyraźnej poprawy chora opuściła szpital 29. IX., pod wpływem chwilowego niezadowolenia z rygoru szpitalnego. Widuję chorą (u siebie w domu) co parę tygodni; stan jej w końcu grudnia o wiele lepszy, niż w chwili przybycia do szpitala; odma sztuczna wessana bez śladu.

W tym przypadku niewielka uzyskana poprawa pozwalała dobrze rokować o powodzeniu leczenia, jakkolwiek istniejące zrosty bardzo je utrudniały.

II. Tuberculosis totius pulmonis dextri subchronica (Röntgen: Infiltratio pulmonis dextri; infiltratio glandularum et peribronchitis lobi superioris pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis insufficiens. (Insuflatio 28. VIII. 1911; decem reinsuflationes usque ad 8. X. 1911). Status quo ante.

A. H. lat 32, kupiec. Chory od trzech lat; kaszel, krwioplucie, nieco schudł; od roku nie pracuje. Jedno (z trojga) dzieci zmarło na gruźlicę płuc. Do szpitala przybył 27. VIII. 1911. Stan odżywienia mierny. Tętno miarowe, nieduże 100; oddech 28; stan podgorączkowy. W płucach: stłumienie nad całem płucem prawem, oddech szorstki, tu i ówdzie rzężenia wilgotne; po stronie lewej: nad grzebieniem łopatki oddech wydłużony, nad i pod obojczykiem drobne rzężenia wilgotne. Ruchomość granic płucnych bardzo ograniczona.

Odmę wytworzono 28. IX. 1911; powikłanie odmą podskórną minęło po 3 dobach. Po kilku reinsuflacyach ciśnienie wewnątrzopłucne doszło do + 20 wody; reinsuflować trzeba było pod coraz mocniejszem ciśnieniem (do 6 Hg.). Choremu na wadze przybyło 3 kilogr. 9. XI. 1911 opuścił szpital z poprawą. Po 3 tygodniach (dwukrotnie go przez ten czas reinsuflowałem) powrócił do szpitala; stracił $1\frac{1}{2}$ kilogr., znów ma się gorzej. Radioskopia wykazuje nieznaczny ucisk płuca dolnego. Nie widząc możności rozszerzenia założonej przez nakłucie w 8. międzyżebrzu odmy, próbowałem znaleść wolną jamę wyżej, by założyć drugą odmę komorową. Trzykrotnie ponawiane próby nie dały mi wyniku. Pobyt dalszy chorego i leczenie dyetetyczno-higieniczne w ciągu sześciu tygodni żadnej poprawy nie przyniosło.

W tym przypadku rozlane i silne zrosty opłucne nie pozwoliły na założenie odmy dostatecznej.

III. Tuberculosis totius pulmonis sinistri subchronica. Enteritis chronica. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis insufficiens. (Insuflatio 8. X. 1911, quinque reinsuflationes usque ad 22. X. 1911). Status quo ante.

R. K., lat 22, panna, przy rodzinie. Chora od lat trzech: kaszel, obfita plwocina, stałe osłabienie. W początku roku 1911 pobyt pięciomiesięczny w sanatoryum w Rudce, skąd wyszła ze znakomitą poprawą. Od lipca znów pogorszenie stanu ogólnego i miejscowego. Matka zmarła na suchoty płucne. Do szpitala chora przybyła 15. IX. 1911. Stan odżywienia mierny. Tętno 100, oddech 28—32, stan podgorączkowy. Główna skarga: rozwolnienie, które nie ustępuje żadnym zabiegom. W płucach: nacieczenie całego płuca lewego; u dołu niewielki wysięk opłucny. Po trzech tygodniach, kiedy objawy jelitowe nieco złagodniały, wytworzono odmę; po trzeciej reinsuflacyi powracają objawy jelitowe, które trwały przez 5—6 tygodni. Przy piątej reinsuflacyi ciśnienie wewnątrz opłucnej + 21; radioskopia wykazuje niewielki pęcherz gazu i uciśnięcie zaledwie połowy płatu dolnego. Ponieważ ostatnie reinsuflacye, dokonane pod wysokiem ciśnieniem, sprawiały u chorej wielką duszność, a tętno po nich dochodziło do 120 i 140 uderzeń, dalszego leczenia zaniechano.

Chora opuściła szpital 14. I. 1912. Na wadze straciła 1 kilogr.

W tym przypadku odmy dostatecznej nie udało się wytworzyć z powodu silnych zrostów. Utrata wagi była skutkiem zaburzeń jelitowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[1]) Przypadki: VIII, IX, X i XIV i odpowiednie rentgenogramy były przedstawione na posiedzeniu Tow. lekarskiego.

[2]) W tym i wszystkich następnych przypadkach zdjęć dokonywał kol. Bolesław Kohn, któremu za pomoc na tem miejscu dziękuję.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Boas. **Dyagnostyka i terapia chorób żołądka.** Wyd. VI. G. Thieme, Lipsk.

Znany podręcznik Boasa wyszedł w VI. wydaniu. Wydanie to przewyższa poprzednie zarówno pod względem treści, jak i formy. Dwa tomy zostały złączone w tom jeden, przez co niema powtarzań, a całość zyskała na ciągłości. Anatomię i fizyologię pominięto zupełnie; jest to słuszne, gdyż działy te wymagają studyów specyalnych i w skróceniu nie dają należytego pojęcia o przedmiocie. Nowo opracowane są gastroskopia i rentgenologia, pozostałe działy znacznie uzupełnione. Szczególnie starannie są omówione dyetetyka i leczenie fizyczne.

Dzieło Boasa jest pisane na wskróś indywidualnie i cecha ta, przy innych zaletach, daje mu przewagę nad resztą podręczników.

Poprzednie wydania znalazły tłomaczów na większość języków europejskich i wydanie VI. zasługiwałoby na przekład polski. Maybaum.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Dungern. **O serodyagnostyce nowotworów zapomocą odczynu wiązania dopełniacza.** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1912). Odczyn ten wypada podług badań autora u chorych na nowotwory zawsze dodatnio. Wyciągi uzyskuje autor przez wyciąganie nowotworów 98% alkoholem etylowym. Przytem zrobił autor kilka ciekawych spostrzeżeń. I tak jednakowo oddziałują różne nieraz nowotwory, coby dowodziło, że domniemany zarazek, wywołujący je, jest jednaki. Natomiast zupełnie odmiennie zachowują się raki i mięsaki u myszy, co dowodzi innego ich pochodzenia. Wiele analogii zachodzi pomiędzy nowotworami a kiłą, tak że nawet nie można stosować tego odczynu u kiłowych, bo i w kile wypada on dodatnio. W ciąży odczyn bywa ujemny. A.

Kuttner i Laqueur. **O leczeniu wysięków opłucnych światłem czerwonem.** (Therap. Monatshefte Nr 1, 1912). W lecznictwie znajdują zastosowanie albo promienie fiołkowe i pozafiołkowe chemiczne o krótkiej fali (Finsen), lub też promienie przeważnie cieplne, np. pochodzące z lamp żarowych. Zwłaszcza znalazło szersze zastosowanie bogate w promienie o długiej fali światło czerwone. Jezierski przypisuje mu nawet działanie wprost swoiste co do pobudzania wzrostu nabłonka i czynności ciałek białych. Światło czerwone wywołuje silne miejscowe przekrwienie i to skłoniło autorów do leczenia uporczywych wysięków opłucnych światłem czerwonem. Wynik prób był bardzo dobry, nawet tam, gdzie inne sposoby nie pomagały. Również i doświadczenia na królikach (wstrzykiwania do jamy opłucnej 20% cukru mlecznego) wypadły na korzyść leczenia światłem. U ludzi stosuje się codzień naświetlanie 20—30 minut klatki piersiowej lampą Minina. K.

Kreuzfuchs. **Radiologiczne badanie szczytów płuc. Objaw kaszlowy.** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1912). Jeżeli wskutek spraw chorobowych szczyty płuc są zmienione, to brakuje wtedy objawu, na który autor zwraca właśnie uwagę. Zwykle przy badaniu rentgenologicznem szczyty nie są widoczne, bo zakrywa je obojczyk i pierwsze dwa żebra. Jeżeli polecimy zakaszleć, wtedy szczyty zdrowe stają się zaraz widoczne. Inaczej, gdy szczyty są schorzałe; wtedy obraz się nie zmienia. Badać należy lampami miękkiemi, przy słabem świetle, a wtedy spostrzegać można wybitnie wspomniany objaw. K.

Aldor. **Technika i wskazania rekto- i romanoskopii i leczenia przy pomocy endoskopu.** (Mediz. Klinik Nr 3, 1912). Rekto-romanoskopia stała się obecnie już nieodzowną, zwłaszcza tam, gdzie są ciągłe krwotoki lub zaparcie stolca. Chory do badania nie potrzebuje przygotowania, ani znieczulenia. Do badania poleca A. swój przyrząd, dający się dowolnie przedłużać aż do 35 cm, składający się z 3 tubusów. Tubus z obturatorem wprowadza się na 3 cm, potem wyciąga się obturator, dalej wprowadza się tubus pod kontrolą oka, wolno i bez nacisku. Prócz wartości rozpoznawczej, romanoskop nadaje się też do zabiegów operacyjnych i leczniczych, np. lapisowania kiszek, zasypywania proszków, pędzlowań itp. Przeciwwskazaniami do rektoromanoskopii są: ostre sprawy zapalne i ropne kiszek lub okolicznej otrzewnej i tkanek, silne krwotoki, a wreszcie przeszkody i zwężenia natury organicznej. K.

Arnsperger. **Trwałe wyniki i nawroty po operacyach kamicy żółciowej.** (Münch. med. Woch. Nr 1, 1912). Z badania materyału kliniki chirurgicznej w Heidelbergu dochodzi autor do przekonania, że przy kamicy jedynie wycięcie woreczka chroni od następowych przypadłości, jakoteż daje rękojmię (o ile kamyków nie ma w wątrobie), że złogów się przy operacyi nie zostawi. Przy operacyach kamieni uzyskuje się wogóle 60—80% wyleczeń. O ile kamieni się nie zostawi, nawroty nie wydarzają się prawie nigdy. Wycięcie woreczka nie wywołuje żadnych widocznych następstw. K.

Prof. Riedel. **Kamień żółciowy w jałowym woreczku.** (Münch. med. Woch. Nr 1, 1912). Riedel dowodzi w swej pracy na podstawie swego bogatego doświadczenia, że kamień wytworzyć się może także w zupełnie jałowej żółci w woreczku, bez jakiegokolwiek zakażenia. Są to zwykle zawsze początki choroby, a zakażenie nieraz dopiero się potem dołącza. Jeżeli uda się wtedy dobrze rozpoznać i operować, to wyniki są świetne. Spotykamy wtedy zwykle nieznaczne bole, a prawie nigdy niema żółtaczki. K.

Baisch. **Leczenie gruźlicy chirurgicznej, zwłaszcza gruźlicy gruczołów promieniami Röntgena.** (Berl. klin. Woch. Nr 49, 1911). Leczenie promieniami R. gruźlicy gruczołów szyjnych jest wprawdzie żmudne, ale oddaje cenne usługi, zwłaszcza tam, gdzie jest dużo rozrzuconych małych gruczołków. Również nadaje się leczenie jako uzupełnienie operacyi, przy której łatwo przeoczyć można wiele małych gruczołków, oraz w razie ciągłych nawrotów, by uniknąć dalszych blizn. Bardzo cenne usługi oddaje naświetlanie wspólnie z małymi zabiegami chirurgicznymi przy przetokach, ropniach itp., a wynik kosmetyczny zwykle wtedy jest korzystny. Naświetlanie nadaje się też do leczenia spraw gruźliczych w małych stawach, ew. wspólnie z leczeniem chirurgicznem do leczenia zmian w stawach większych. Nieraz udaje się w ten sposób wyleczyć uporczywe przetoki części miękkich. Niejednokrotnie także oddało naświetlanie cenne usługi przy leczeniu gruźliczych zmian otrzewnej. K.

Prof. de Quervain. **O istocie i leczeniu zwężającego zapalenia pochewki ścięgnistej przy wyrostku rylcowym kości promieniowej** (Tendovaginitis proc. styloid. radii). (Münch. med. Woch. Nr 1, 1912). Cierpienie to opisał Q. jeszcze w r. 1895. Występuje ono u kobiet po forsownej pracy (pranie, gra na fortepianie), a cechują je bole, zjawiające się przy ruchach palucha. Bole nieraz są tak gwałtowne, że chore upuszczają przedmiot trzymany w palcach. Bole rozpromieniają się w przedramię. Leczenie w początkach może być zachowawcze (jod, gorące powietrze), zresztą zaś operacya niewielka, bo polegająca na rozcięciu podłużnem pochewki ścięgna, co wykonać można w znieczuleniu miejscowem, a nawet podskórnie tenotomem. Q. operował 8 przypadków, zawsze ze skutkiem znakomitym i natychmiastowym. K.

Thilo. **Stopa płaska i szpotawa.** (Münch. med. W. Nr 1, 1912). T. podaje sposoby łatwego leczenia stopy płaskiej i szpotawej przez lekarza praktycznego. Przedewszystkiem należy choremu polecić o ile możności kilka tygodni leżeć w łóżku, trzymając stopę wysoko. Skierowanie stopy płaskiej na wewnątrz uzyskuje Th. zapomocą szyny swego pomysłu, bardzo prostej i taniej. W szynie tej chory potem chodzi, następnie otrzymuje odpowiednie obuwie, które sporządza sobie Thilo ze zwykłych szerokich trzewików amerykańskich, polecając szewcowi zrobić podeszwę, wystającą na wewnątrz na 1·5 cm i podpierając ją kawałkiem pręta żelaznego. Prócz tego nogę ćwiczy się i masuje. Sposób ten jest znacznie lepszy od prostowań gwałtownych i wkładek, których Th. już zupełnie nie używa. Podobnie leczy Th. stopę szpotawą, stosując wspomniane procedury po stronie zewnętrznej stopy, ewent. przedtem wykonując w przypadkach cięższych operacyę kości lub ścięgien. K.

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Lichtenstein. **Klinika, leczenie i przyczyna rzucawki (eclampsia) według nowej statystyki, opracowanej na podstawie 400 przypadków.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I). Częstość drgawek porodowych wynosiła 2·68%; występowały one przeważnie u pierwiastek 78·25%, a często w ciąży bliźniaczej 7%. Drgawki wystąpiły 84 razy = 21% w przebiegu ciąży, 246 razy = 61·5% w czasie porodu i 70 razy = 17·5% w połogu. 4 kobiety umarły nierozwiązane, 87 urodziły same = 21·9%, a 309 = 78% rozwiązano operacyjnie. Śmiertelność matek wynosiła 18·5%, płodów 36%. W pracy swej stara się autor udowodnić, że głównym czynnikiem leczniczym rzucawki jest nie tyle opróżnienie macicy, ale raczej połączona z niem utrata krwi, i dlatego obliczenia tej utraty przy każdym porodzie w przebiegu rzucawki wydają mu się bardzo ważne. Prawidłowo traci rodząca przy porodzie 350—400 cm³ krwi, przy rzucawce około 500 cm³. Autor wykazał, że u 40% chorych na rzucawkę, które rozwiązano operacyjnie, utrata krwi znacznie przewyższyła 500 cm³, a u 52% ilość prawidłową 350—400 cm³; z tych zaś, które urodziły samorodnie, utrata krwi tylko u 4% przewyższyła ilość prawidłową, a u żadnej ilości 500 cm³. Ten fakt, zupełnie zresztą jasny, znacznie większej utraty krwi przy porodach operacyjnych aniżeli samorodnych, tłómaczy, zdaniem autora, korzystne wyniki, jakie otrzymano przy leczeniu rzucawki wczesnem rozwiązaniem i rzuca jasne światło na pytanie, dlaczego rzucawka połogowa należy do najcięższych postaci tej choroby.

I tak wykazano, że prawie w 90% poprzedzał rzucawkę połogową poród samorodny, przy którym więc utrata krwi jest najmniejsza. Nadto wykazano, że kobiety, u których drgawki ustały po porodzie, straciły prawie w połowie przypadków o wiele więcej krwi, aniżeli te, u których one nie ustały, a prawie cztery razy tyle, niż te, u których drgawki wystąpiły dopiero w połogu. Wnioski wyciągane z dotychczasowych statystyk nie są odpowiednie, ponieważ w nich nie uwzględniano zupełnie lub fałszywie tłomaczono rzucawkę połogową. Zdaniem autora, rzucawkę w połogu należy zaliczyć do przypadków rzucawki jak najwcześniej rozwiązanych, bo jeszcze przed wystąpieniem pierwszego napadu; nie o to przecież idzie, aby przy leczeniu rzucawki koniecznie położnik miał opróżnić macicę, lecz o sam fakt; skoro więc, według dotychczasowych pojęć, wczesne rozwiązanie ma wprost leczyć rzucawkę, zastanowić musi występowanie jej dopiero w połogu, a w każdym razie należałoby sądzić, że przebieg drgawek w połogu powinien być łagodny i rokowanie dobre, jak to istotnie dotychczas przyjmowano. W rzeczywistości jednak śmiertelność z rzucawki połogowej jest bardzo wielka (na 70 zmarło 19 = 27%), i to właśnie dlatego, że w 90% poprzedza ją poród samorodny.

Spostrzeżenia powyższe wykazują dostatecznie, że dobre wyniki lecznicze w przypadkach rzucawki, bardzo wcześnie i szybko operacyjnie rozwiązanych, nie zależą od opróżnienia macicy, lecz od utraty krwi, które im zawsze towarzyszy. Wliczywszy rzucawkę połogową do przypadków jak najwcześniej rozwiązanych, stwierdzamy, że drgawki ustają po wczesnym porodzie (przed 1. aż po 2. napadzie) tylko w 1/4 przypadków, a obliczywszy na wszystkie przypadki rzucawki, stwierdzamy, że drgawki ustają tylko w 1/3 zaraz po porodzie, a nie, jak wynikało z dotychczasowych statystyk, w 50—90%. Śmiertelność chorych na rzucawkę wcześnie rozwiązanych nie jest znacznie lepszą od tych, które rozwiązano dopiero w 3. napadzie drgawek, a śmiertelność obu niewiele tylko się różni od ogólnej śmiertelności w rzucawce. Zachowanie się napadów po porodzie i śmiertelność nie przemawiają więc bardzo za koniecznością wczesnego i szybkiego opróżnienia macicy. Miarodajna jest tu tylko utrata krwi, za czem przemawiają w końcu i te przypadki, gdzie drgawki, występujące dopiero po porodzie, ustały po dostatecznym upuście krwi (venaesectio). Spostrzeżenia te wskazują bezsprzecznie, że rzucawka jest następstwem zatrucia ustroju matki, że jednak źródło zatrucia nie zdaje się leżeć w płodzie, a najmniej w łożysku. Za tem przemawiają nietylko znane przypadki rzucawki przy ciąży zaśniadowej, lecz także dość liczne przypadki drgawek w przebiegu ciąży, które mimo dalszego życia płodu i prawidłowej czynności łożyska, same ustały i ani przed, ani po porodzie więcej nie wróciły. Nie znając na razie źródła zatrucia, możemy się tylko starać zmniejszyć o ile możności ilość trucizny, a to osiągamy najlepiej przy każdej utracie krwi.

Zwolennicy teoryi o łożyskowem pochodzeniu rzucawki polecają w przypadkach drgawek połogowych wyskrobanie macicy celem usunięcia resztek błon i łożyska i są z wyników zadowoleni. I tu, zdaniem autora, należy te dobre wyniki odnieść tylko do utraty krwi, która szczególnie przy skrobaniu macicy połogowej jest nawet bardzo znaczna.

Leczenie drgawek porodowych powinno się zawsze rozpocząć od bardzo wydatnego upustu krwi jeszcze przed porodem przy równoczesnem wlewaniu soli kuchennej. O ile rzucawka ciążowa po tem leczeniu ustanie, należy się dalej zachować wyczekująco; do przerwania ciąży nie ma wówczas żadnego wskazania. Przy rzucawce porodowej pozostawia się w przypadkach lekkich otwarcie macicy siłom natury i albo wyczekuje się na poród samorodny, albo, zależnie od okoliczności, wykonuje się lekki zabieg rozwiązujący. W ciężkich przypadkach, gdzie więc pierwotny upust krwi nie wywołał zamierzonego skutku, należy jak dotychczas zastosować leczenie czynne. Ilość upuszczonej krwi nie powinna być za mała; w przebiegu ciąży należy naturalnie upuszczać większe ilości (500—600 cm), aniżeli przy porodzie, ponieważ przy nim i tak przychodzi do pewnych ubytków krwi; przy rzucawce połogowej ilość upuszczonej krwi zależeć powinna od ilości dotychczas straconej krwi. Zasadniczo jednak należy przy drgawkach, które dopiero w połogu wystąpiły, upuszczać większe ilości, szczególnie jeżeli poprzedzał poród samorodny. Połączenie upustów krwi z zastosowaniem środków nasennych, według wskazówek Stroganoffa (wodnik chloralu i morfina w pewnych stałych odstępach czasu), zdaje się, przynajmniej na podstawie kilku dotychczasowych przypadków, być uzasadnione, szczególnie w przypadkach ciężkich.

E. Ehrenpreis.

Herff i Hell. **Sekakornina czy pituitryna przy porodzie.** (Münch. med. Woch. Nr 3, 1912). Autorowie stosowali pituitrynę głównie przy poronieniach i przekonali się, że działa ona tu równie mało, jak i sekakornina. Natomiast przy porodach stawiają autorowie wyżej działanie sekakorniny. Oba środki jednakowo wprawdzie wzmacniają bole; sekakornina jest jednak tania, nie wywiera żadnego ujemnego wpływu (Herff i Hell przeczą nawet, by mógł

powstać skurcz tężcowy przy dobrym przetworze i umiejętnem dawkowaniu) i, co najważniejsza, działanie jej wzrasta powoli, dosięga szczytu $1^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu i dlatego może skutecznie przeciwdziałać poporodowym krwotokom atonicznym. Natomiast pituitryna działa szybko, wzmocnienie bolów nie rozciąga się na długo, stąd dość częste późniejsze niedowłady mięśnia macicznego. Na częstość kleszczy oba te środki w szpitalu w Bazylei nie wpłynęły.
A. Markowa.

Hamm. **Wyciąg z przysadki przy porodach na czasie i przedwczesnych.** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1912). Przy porodach na czasie podaje autor pituitrynę ze względu na bole porodowe wszędzie tam, gdzie można przewidywać, iż poród odbędzie się siłami natury. Gdzie przewiduje zabieg operacyjny, podaje autor pituitrynę, aby go bądź uniknąć, bądź stworzyć dla niego lepsze warunki, ponieważ pituitryna, wzmacniając bole porodowe, przygotowuje odpowiednio części miękkie matki i stwarza korzystniejsze położenie płodu. Najwydatniejszem jest jej działanie w okresie II., są jednak przypadki, w których zawodzi. Stale zawodzi pituitryna przy porodach przedwczesnych i poronieniach. Przy poronieniach sztucznych, wywołanych z pomocą blaszecznicy, lepiej więc stosować pituitrynę ze względu na skurcz ujścia wewnętrznego (strictura), jaki kilkakrotnie wywołała. Ze względu na niebezpieczeństwo tego skurczowego zwężenia nie należy zupełnie stosować pituitryny przy poronieniach septycznych, gdzie taki skurcz ujścia wewnętrznego ma tem groźniejsze skutki.
A. Markowa.

Esch. **Czy można uważać poród za objaw nadwrażliwości (anafilaksyi)?** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1912). Niektórzy autorowie, jak Sauerbruch i v. d. Heide uważają poród za objaw anafilaksyi ze strony matki, przyczem rolę obcego białka gra tu surowica płodu. Rozbiór ich doświadczeń, jak i eksperymenty własne pouczyły autora, że zdanie to podtrzymać się nie da.

Na zasadzie zjawisk występujących po wprowadzeniu pod skórę surowicy końskiej u ludzi, którym ją już raz poprzednio wprowadzono, autor twierdzi, że nadwrażliwość jest zjawiskiem biologicznem, dającem się stwierdzić zapomocą odczynu skórnego. Gdy zaś stosował tę samą metodę przy wprowadzaniu surowicy płodu pod skórę bądź kobietom ciężarnym, bądź nieciężarnym, bądź mężczyznom, nie otrzymał żadnego charakterystycznego odczynu na skórze, któryby mógł uważać za objaw nadwrażliwości i któryby dał się ewentualnie wyzyskać bodaj dla celów rozpoznawczych. Przeciw pojmowaniu porodu jako zjawiska anafilaktycznego przemawia wreszcie i mały stopień toksyczności moczu rodzących, stwierdzony przez autora.
A. Markowa.

Davidson. **Jednoczesna ciąża w obu jajowodach.** (Münch. med. Woch. Nr 3, 1912). Autor opisuje rzadki przypadek jednoczesnej ciąży w obu jajowodach. Przy operacyi znalazł w jednym pęknięcie, w drugim poronienie. Kosmki w jajowodzie pękniętym odpowiadały pod względem histologicznym zaśniadowi, jaki powstał w jajowodzie, gdzie miało miejsce poronienie, z czego wynika, że obie ciąże trwały równie długo. Przypadek ten potwierdza spostrzegany, acz dotąd niewytłomaczony fakt, że ciąża w obu jajowodach ulega przerwaniu we wczesnym okresie w jednym i tym samym czasie i poucza, że przy operacyi należy zawsze skontrolować stan przydatków po stronie drugiej. Autor jest przeciwnikiem zapobiegawczego usuwania przydatków po stronie zdrowej. A. Markowa.

Neu i Wolff. **Badania doświadczalne i anatomiczne w sprawie t. zw. serca „włókniakowego“.** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1911). Już na zasadzie poprzednich badań stwierdził Neu, że nie można mówić o istnieniu swoistej zmiany chorobowej mięśnia sercowego przy włókniakach macicy. Wyłącza on z tego twierdzenia tylko te przypadki, gdzie włókniaki macicy wikłały się z objawami ze strony gruczołu tarczowego. Badania chemiczne wykazały wprawdzie we włókniakach obecność 2 ciał białkowych, nie wykazały jednak swoistego dla nich toksycznego działania. Neu badał przemianę jodu u chorych z włókniakami. W jajnikach ich znajdował te same przeciętnie ilości J, co i u zdrowych, nie znajdował go ani we włókniakach, ani w macicy. Przy podawaniu jednak jodu zzewnątrz, zarówno jajniki chorych, jak i tkanka włókniaków, przyswajały go w znacznej ilości. Prawdopodobnie tkanka włókniaków w analogiczny sposób przyswaja grupy ciał odżywczych, przeznaczonych dla ustroju i upośledzając jego odżywienie, wywołuje zanik brunatny mięśnia sercowego.

Badania drobnowidowe N. i W. nie wykazały nic innego prócz owego zaniku, zwyrodnienia tłuszczowego i fragmentacyi mięśnia sercowego. Dlatego więc obaj autorowie objawy sercowe, powstające przy włókniakach, uważają tylko za wyraz »konsumpcyi« mięśnia sercowego przez wpływ guza włókniakowego, nie zaś za zmiany swoiste, któreby pozwalały na ustalenie jakiegoś odrębnego pojęcia anatomicznego: serce »włókniakowe«. A. Markowa.

Pedyatrya.

Hoffendahl. **Choroby przy ząbkowaniu.** (Mediz. Klinik Nr 2, 1912). Autor udowadnia w swej pracy, że wiele t. zw. chorób przy ząbkowaniu nie ma nic z ząbkowaniem wspólnego wbrew panującemu przekonaniu, że w okresie ząbkowania wszelkie choroby do niego odnieść należy. Tak np. kaszel »ząbkowy« wcale takim nie jest, ale najczęściej jest skutkiem nieżytu. Zupełnie jest też niepotrzebne podawanie wszelkich korzeni fiołkowych, pierścieni itp. celem przyspieszenia ząbkowania, a zgoła niewłaściwą jest pomoc operacyjna. Natomiast ząbkowanie wpływać może ujemnie na istniejące już cierpienia, jak pląsawicę, padaczkę itp. Zawczesny rozwój zębów (np. urodzenie się z zębami) występuje zwykle u dzieci słabo rozwiniętych, co również stoi w sprzeczności z przyjętemi zapatrywaniami. Przyczyną spóźnionego ząbkowania jest najczęściej krzywica i ją też leczyć należy przedewszystkiem.

Zatrzymanie zęba może wywoływać poważne zaburzenia i wtedy operacya (wyjęcie lub podsunięcie) jest konieczna. Celem ułatwienia zmiany zębów radzą niektórzy wyciągać zęby mleczne, co jest bardzo nieodpowiednie. Ząb mleczny toruje drogę stałemu, zapobiega złemu wzrostowi zębów, a usunięcie zbyt wczesne może działać wstrzymująco na wzrost szczęki. Nie należy też dzieciom psujących się zębów wyrywać, lecz je pielęgnować i plombować. Bardzo poważne przypadłości występują nieraz przy przerzynaniu się zęba mądrości. Utrudniają ząbkowanie wrodzona kiła, gruźlica i wpływy mechaniczne. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe środki. 1) Anogon, przetwór rtęci i jodu, stosowany do leczenia kiły. 2) Atophan, przeciwko dnie (fenylchinolina i kwas karbon). 3) Aponal, środek nasenny, pochodny od mocznika. 4) Cusylol, środek odkażający; podwójna sól boro-cytrynianu sodowego i miedzi. 5) Eusapyl, środek odkażający (kresol, rycynian potasowy). 6) Hexamekol, przetwór gwajakolowy. 7) Joha, przetwór salwarsanu z jodypiną. 8) Kalmopyrin, przetwór salicylu. 9) Neutralon, przetwór krzemowo-glinowy, polecany przy nadkwaśności żołądka. 10) Ristin, środek przeciw świerzbowi, alkoholowy rozczyn estru monobenzolowego. A.

Nowości techniczne: 1) Sączki aluminiowe Prof. Heusnera. 2) Rękawiczki gumowe o szorstkiej powierzchni Blumberga. 3) Nożyczki zgłębnikowe Schoemakera. 4) Zaciskadła

jelitowe: Roux, Beyera. 5) Ogrzewacz elektryczny do sterczu. 6) Zgłębniki do wyciągania żylaków Babsocka. 7) Narzędzie do zapuszczania kikuta wyrostka robaczkowego Linnartza. 8) Szyny elastyczne »Serpentin« Heusnera. 9) Automatyczny stały inhalator dla zimnego suchego powietrza podług Hessego. 10) Gastroskop z ruchomą osią Hoffmanna i Köhlera. 11) Rozpylacz do leków Fellera. 12) Cystoskopowy litotryptor Schwenka. 13) Perymetr de Quervaina do mierzenia zakresu ruchów stawów. 14) Odwracacz powiek (firma Windler), dozwalający odwrócić powiekę jedną ręką. A.

Orthonal jest to kombinacya 0·5% kokainy, 0·75% alypiny i 6% rozczynu adrenaliny 1:10.000. Zachwala ją bardzo Moses. (Deutsch. med. Woch. 1911, Nr 46).

Elastyczny przylepiec zaleca Bardach, zwłaszcza przy tamowaniu krwawień, spajaniu brzegów rany ziejącej itp. (Wiener klin. Woch. 1911, Nr 46). K.

Antimeristem, polecony przez Schmidta środek przeciwko rakowi, próbował Nosek u 10 chorych bez skutku; 8 chorych z czasem zmarło wskutek postępu choroby samej. (Wiener klin. Woch. 1911, Nr 49). A.

Rak trzonu macicy występuje podług Theilhabera (Zjazd lek. w Karlsruhe) tem częściej u kobiet, im rzadziej rodziły, w przeciwieństwie do raka szyjki. Rak sutka występuje także głównie u kobiet, które mało lub nie karmiły, podobnie mięśniaki macicy. Lepsze sfery i żydówki zapadają często na raka trzonu macicy, sutka i mięśniaki macicy. Ludzie bogatsi zapadają częściej na raka jelit, a mniej zamożni na raka żołądka. X.

Pyelografia (t. j. napełnienie miedniczki nerkowej 10—40 cm³ 10% kollargolu i następowe zdjęcie rentgenowskie) oddać może przy rozpoznawaniu gruźlicy nerki podług Lichtenberga i Dietlena cenne usługi, wykazując jamy w nerce i rozszerzenia sztywnego moczowodu. (Mit. a. d. Grenzgb. d. Med. u. Chir. 23. XI.). A.

Nowy sposób plastyki przełyku podał Hirsch na posiedzeniu Tow. lekarzy wiedeńskich. Z żołądka bierze się płat, zwrócony podstawą do krzywizny małej i robi się z niego z pomocą szwu rurkę, którą podprowadza się podskórnie na mostku i łączy z kikutem, pozostałym z górnej części przełyku. Gdy rurka jest za krótka, dopomagamy sobie, tworząc połączenie zapomocą rurki, wziętej ze skóry. A.

Przy zranieniach palców u robotników, gdzie chodzi nam o szybkie przywrócenie czynności ręki, musimy podług Bardenheuera postępować nieco odmiennie, niż zwykle, t. j. więcej radykalnie. Palec źle zgojony, np. sztywny lub krzywy, zawadza robotnikowi, po amputacyi zaś palca ręka do pracy rychło się przyzwyczaja, a gojenie trwa bardzo krótko. Blizna po zabiegu powinna leżeć zawsze po stronie grzbietnej palca. Przy paluchu natomiast możemy postępować zachowawczo. Odkażamy brudną rękę po zranieniu kąpielą półgodzinną w mydlinach, lub, gdy chodzi o pośpiech, smarując okolicę rany jodyną lub mastyksem. (Zeitsch. f. ärztl. Fortb. 1911, Nr 16). A.

Tendovaginitis crepitans leczył Oser w 20 przypadkach śródżylnemi wstrzykiwaniami fibrolizyny. Wyleczenie następuje już po kilku dniach. Wstrzykiwania sprawiają jednak ból, przeciągający się do 2 godzin po wstrzyknięciu. (Wiener klin. Woch. 1911, Nr 44). K.

Do spajania operacyjnego kości polecają na podstawie doświadczeń na zwierzętach Rehn i Wakabaiashy róg, co i u ludzi w 9 przypadkach okazało się korzystnem. Sztyfty z rogu są znacznie lepsze od kości słoniowej, dają się znakomicie wyjaławiać, formować i pobudzają do tworzenia się kostniny. (Archiv f. klin. Chir. 96, II). K.

Do leczenia wie wióra spojówki zaleca Goldzieher stosowanie z odpowiedniego przyrządziku strumienia pary o ciepłocie 45°—60°, odpowiednio do odległości. (Wiener klin. Woch. 1911, Nr 47).

Embarin jest to nowy rozpuszczalny przetwór rtęci, nie trujący, polecony przy kile do wstrzykiwań. Zaleca go Loeb. (Med. Klinik 1911, Nr 48). A.

Soja, roślina strączkowa, nadaje się znakomicie podług le Golfa do odżywiania chorych na cukrzycę. (Gaz. d. hop. 1911, Nr 27). A.

Przy swędzeniu skóry pochodzenia nerkowego zaleca Weill nakłucie lędźwiowe. (Acad. de med. Paris). A.

Uzara jest to korzeń rośliny afrykańskiej, polecany obecnie w wyciągu alkoholowym lub tabletkach celem wstrzymywania biegunek. Środek ten ma tę zaletę, że w przeciwieństwie do makowca nie wywołuje dłuższego zaparcia i nie jest trujący. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr 33). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 24. I. 1912.

Przewodniczy kol. Janiszewski. — Obecnych członków 42.

1) Przyjęto na członków Towarzystwa jednomyślnie kolegów: Dra Kazimierza Dadeja, Dra Sikorskiego, Dra Kazimierza Krzysztonia.

2) Kol. Blassberg przedstawia przypadek z rozpoznaniem: **Albuminuria orthostatica**. Chłopiec 10-letni, pochodzący z rodziny nerwowej, przechodził przed 4 laty płonicę, a przed 6 miesiącami ropne zapalenie wyrostka robaczkowego, zakończone operacyą. Mocz, badany wielokrotnie przez innego lekarza, bywał, według tegoż własnej relacyi, wolnym od białka. Tymczasem systematyczna obserwacya 3-tygodniowa wykazała u chorego białkomocz o typie przepuszczającym; białkomoczu nigdy nie można stwierdzić rano, względnie po leżeniu, ślady białkomoczu pojawiają się często w południe, to jest w kilka godzin po opuszczeniu łóżka, a stale bywa białkomocz wieczorem, dochodząc do ilości 0·01%. Stan taki tłómaczą autorowie wrodzoną lub nabytą małą odpornością nabłonków nerkowych i wpływem naczynio-ruchowym, wywołanym przez pionową postawę ciała. Kol. B. podnosi, że niektórzy klinicyści uważają ten stan za przewlekłe zapalenie nerek, o ortostatycznym typie wydzielania białka. W danym przypadku należy mieć na uwadze tę możliwość, ze względu na dwa ciężkie zakażenia, przebyte w przeszłości.

W dyskusyi zwraca uwagę prof. Lewkowicz, że należy się na razie wstrzymać z rozpoznaniem białkomoczu ortotycznego, raz dlatego, że pojawianie się tego białkomoczu w danym przypadku nie jest typowe: białkomocz po wstaniu z łóżka jest słaby, a dopiero wieczorem silniejszy, gdy tymczasem typowy białkomocz ortotyczny jest po wstaniu najsilniejszy, a następnie mimo postawy pionowej słabnie; powtóre dlatego, że poprzedziły choroby zakaźne, które mogły dać powód do rozwoju lekkiego przewlekłego zapalenia nerek, nie rzadko spotykanego u dzieci. Dopiero kilkomiesięczna obserwacya z wielokrotnem badaniem moczu może sprawę rozstrzygnąć.

Dr Stahr donosi o podobnym przypadku z własnej praktyki. Pewnego dnia zgłosił się do mowcy ojciec z kilkunastoletnim synem po radę na mimowolne moczenie nocne. Chłopiec był dotąd zawsze zdrów. Badaniem stwierdzono białkomocz, a późniejsze spostrzeganie dowiodło istnienia okresowego białkomoczu ortotycznego (albuminuria cyclica, orthostatica). Rano nigdy w moczu nie było białka ani śladu, w kilka godzin po wstaniu zjawiało się i trzymało się w coraz większej ilości do wieczora. Kilkutygodniowe leżenie w łóżku i dyeta ściśle mleczna nie pomogły wcale. Jak tylko chłopiec wstał, zjawiło się białko. W osa-,

dzie wałeczków nigdy nie znaleziono, a że mimo kilkoletniego spostrzegania nie wystąpił ani przerost serca, ani tętno nie stało się twardszem, ani nie wystąpiło zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą główną, wyłączano zapalenie nerek. Tego samego zdania były i dwie lekarskie powagi w Wiedniu, a nawet rokowano tam bardzo pomyślnie. Tymczasem pewnego dnia w lecie chłopiec, wchodząc do kąpieli w rzece, padł u brzegu na płytkiem miejscu, gdzie nie mógł utonąć, rażony nagłą śmiercią. Związek między białkomoczem a nagłą śmiercią nie da się na pewno stwierdzić, ale nie da się wyłączyć, a nawet wysuwa się na czoło wszelkich przypuszczeń. Jako przyczynę schorzenia dziecka można jedynie przypuścić kiłę u ojca, przebytą jeszcze przed ślubem.

Kol. Kostrzewski opisuje przypadek białkomoczu ortotycznego.— Kol. Jendl-Sausenhofen wspomina o podobnym przypadku ze swej praktyki.

3) W dyskusyi nad wykładem kol. Eisenberga: **Z biologii bakteryi,** Prof. Bujwid zaznacza, że od dawna znane są mutacye różnych hodowli bakteryi i okazuje spostrzegane przez siebie 3 odmiany, w jakich rośnie hodowla bakteryi błoniczych. Fotogramy powiększonych hodowli okazują nadzwyczajne różnice w sposobie wyrastania tych bakteryi bez zmiany w jadowitości. Typy utrzymują się niestale i mogą przechodzić jeden w drugi. Co do zmiany własności przypomina Bujwid, że Pasteur pierwszy zastosował je do wytworzenia szczepień ochronnych w chorobach zwierzęcych; szczepienia te wywołały przewrót w zapatrywaniach na sposoby zapobiegawcze i lecznicze przy zwalczaniu chorób zakaźnych. Dotąd nie mamy wyraźnych danych na takie przemiany, któreby upoważniały nas do zmiany dotychczasowych poglądów na zapobieganie i odkażanie, oraz izolacyę. Te sposoby walki muszą być stosowane przy chorobach zakaźnych bez względu na mniejszą lub większą jadowitość znalezionego zarazka.

Kol. Eisenberg omawia w uzupełnieniu swego wykładu t. zw. mutacye, dotyczące przemiany własności biochemicznych bakteryi, specyalnie zaś przyswajanie i rozszczepianie pewnych cukrów (B. coli mutabile, mutacye b. durowych na agarze z ramnozą, rzekomodurowych na agarze z raffinozą) i przedstawia mutacyę bakteryi durowych na agarze z ramnozą. Co do przemiany własności chorobotwórczych wskazuje na ważną sprawę tożsamości lub odrębności gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, na przemianę zarazka wścieklizny ulicznego w pracowniany, nieszkodliwy dla człowieka (według doświadczeń Nitscha), wreszcie na niezmiernie ważną przemianę zarazka ospowego w krowiankowy w ustroju cielęcia.

4) Kol. M. Blassberg wygłosił wykład: **O wydzielaniu wewnętrznem.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. doc. T. Koźniewski zaznacza, iż chciałby silnie podkreślić fakt, że nauka o wewnętrznem wydzielaniu narządów znajduje się w stanie rozwoju szybkiego, ale w każdym razie początkowego. O wydzielinach wewnętrznych, jako o określonych produktach, mówić musimy jeszcze z większą rezerwą, gdyż poznaną i dobrze zbadaną jest tylko wydzielina nadnerczy, względnie jeden jej składnik — adrenalina. Poza tem tylko co do tarczycy posiadamy dobre naukowe dowody (nie tak jednak ścisłe, jak przy adrenalinie) na to, iż gruczoł ten wytwarza i wprowadza do ustroju swoistą wydzielinę. Nic jednak nie wiemy o wydzielinie wewnętrznej trzustki, pomimo, iż czynność jej, jako gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, nie ulega wątpliwości. Nie mamy nawet żadnych bezpośrednich dowodów, świadczących o istnieniu owej wydzieliny. Mówić zaś o hormonach przysadki, szyszynki mózgowej, klasyfikować i tłómaczyć choroby (jak to czyni np. Chvostek) zwiększeniem lub zmniejszeniem wydzieliny gruczołów przytarczycznych, ustanawiać jako rzecz określoną i pewną antagonizm trzustki i nadnerczy — jest schodzeniem z gruntu naukowych hypotez i zapuszczaniem się w krainę — intuicyi. Kol. K. nie chce przez to powiedzieć, jakoby odnosił się niedowierzająco do sprawy wewnętrznego wydzielania narządów, sądzi jednak, że na razie jest rzeczą przedwczesną uważać zbiór wiadomości o wewnętrznem wydzielaniu, jako naukę o hormonach. Z drugiej zaś strony sądzi, że stanowisko Popielskiego, odrzucającego wszelką swoistość wydzielin i wyciągów rozmaitych narządów, jest również skrajne i wymaga rewizyi.

Prelegent w odpowiedzi raz jeszcze zaznaczył swoje wobec hormonów stanowisko.

Sekretarka doroczna: Dr Ad. Markowa.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego

(od r. 1907).

(Ciąg dalszy).

W r. 1910 wygłosili wykłady: 1) kol. Czajkowski: O przetokach pochodzenia zarodkowego; 2) kol. Puterman: O niezwykłej postaci grypy, spostrzeganej ostatnio w Zagłębiu Dąbrowskiem; 3) tenże: Zarys terapii odpornościowej według Wassermanna; 4) tenże: O chemoterapii chorób zakaźnych według Ehrlicha; 5) kol. Falkowski: O działaniu szczepionek Dra Czajkowskiego; 6) kol. Weinzieher: Próba dorywczego zastosowania metody psychoanalitycznej w celu ustalenia genezy cierpienia i wskazań leczniczych w 2 przypadkach nerwicy.

Nadto: 7) kol. Bartkiewicz: O przypadku pęknięcia trzustki wskutek przygniecenia chorego ciężarem, z wynikiem śmiertelnym wskutek zbyt późnego dostawienia chorego do szpitala; 8) tenże: O przypadku urazowego zapalenia otrzewnej bez pęknięcia trzew, zakończonym niepomyślnie, a powstałym wskutek kopnięcia przez konia w dolną część brzucha; 9) kol. Królikowski opowiedział szczegółowo przebieg bardzo ciężkiego przypadku t. z. choroby posurowiczej; 10) kol. Wołkowicz: O przypadku megacolon congenitum; 11) kol. Arnold odczytał historyę choroby robotnika, któremu już kilkakrotnie udało się symulować porażenie dolnych kończyn po nieszczęśliwym wypadku; 12) kol. Puterman: O przypadku zatrucia weronalem; 13) kol. Królikowski: O przypadku, identycznym z opisanymi przed kilku laty w »Gazecie lekarskiej« przez Latkowskiego pod nazwą grypy z obrzękiem twarzy i powiek w początku choroby.

Z pokazów: 1) kol. Puterman przedstawił chorego na porażenie postępujące, 2) 13-letniego chłopca z nabytem wodogłowiem wewnętrznem po surowiczem zapaleniu opon, 3) chorego 38-letniego z kiłą trzew, gdzie można było przypuszczać białaczkę, 4) chorą na drżączkę poraźną, czyli chorobę Parkinsona; 5) kol. Dehnel chorego ze zmianami nerwowemi po urazie czaszki, 6) kol. Czajkowski chorego z bardzo licznymi, rozsianymi na tułowiu i kończynach guzami rozmaitej wielkości, podskórnymi, ruchomymi, 7) chorą z guzami w brzuchu (gruźlicą gruczołów krezkowych), które się zmniejszyły pod wpływem wstrzykiwań szczepionek swoistych, 8) chorego z gruźlicą lewego stawu łokciowego, wyleczonego tą samą metodą; 9) kol. Bartkiewicz przedstawił 11-miesięczne dziecko, u którego w 2 tygodnie po urodzeniu wykonał operacyę z powodu przepukliny oponowordzeniowej (myelomeningocele); 10) kol. Chrzanowski chorego z periostitis ossificans kości udowej niewiadomego pochodzenia, 11) młodego człowieka z 4 jądrami; 12) kol. Sawicki 3-letniego chłopca, cierpiącego na kurczowe porażenie dziecięce, 13) kol. Mojkowski chorą z guzem w prawem podżebrzu niewiadomego pochodzenia, 14) kol. Weinzieher chorego na porażenie postępujące, 15) chłopca 12-letniego z kiłą nabytą i silnie rozwiniętymi wczesnymi objawami wtórnymi przy niezagojonym jeszcze wrzodzie pierwotnym na żołędzi; 16) kol. Suchodolski przedstawił pętlę pępowiny płodu, który wydobył zapomocą obrotu, 17) kol.

Bartkiewicz nowotwór złośliwy, wielkości jaja kurzego, znaleziony w dolnej części jamy brzusznej u kury, a przedstawiający pod mikroskopem cechy mięsaka, 18) kol. Czajkowski jako przyczynek do działania piperazyny, kamień, składajacy się z kwasu moczowego, dobyty przez cięcie nadłonowe u chłopca, który poprzednio przez 3 miesiące używał zalecanej piperazyny bezskutecznie, 19) wycięte ze wskaziciela u dziewczyny nowotwory znacznej wielkości, 20) kol. Puterman przyrząd do wziewań pod nazwą pulmogen, 21) kol. Wołkowicz przyrząd do rektoskopii, 22) kol. Weinzieher fotografię narządów płciowych 70-kilkoletniego starca, żebraka, z ogromną, wskutek obustronnego dawnego wodniaka jądra, moszną z małoznaczną fałdą, z której tylko zapomocą pewnych manipulacyi można wydobyć prącie, na którem okazał się wrzód miękki, 23) fotografię ogromnie rozrosłych lepieży części płciowych u kobiety.

Oprócz tego omawiano: 1) sprawy komisyi dla dokonywania badań lekarskich robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym, 2) sprawę udziału w wystawie przeciwgruźliczej w Częstochowie i 3) bardzo szczegółowo sprawę stosowania szczepionek dra Czajkowskiego w praktyce i ewentualnego ich wyrobu na większą skalę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

S. Weinzieher (Będzin).

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

VI Posiedzenie z dnia 13/26 czerwca 1911 roku.

1) Kol. Bagieński odczytuje sprawozdanie z działalności **sanatoryum dla funkcyonaryuszów kolejowych dotkniętych gruźlicą**. Sanatoryum zbudowane zostało 2 lata temu kosztem kolei Petersb.-Warszawskiej w miejscowości »Wilcza Łapa« o 5 wiorst od Wilna. Urzędowej nazwy sanatoryum nie ma, ponieważ takich chorych w służbie na kolei nie powinno być; w dodatku funkcyonaryuszom kolejowym (ma się rozumieć tyczy się to tylko urzędników niższej rangi i niższej służby, jak n. p. stróże drogowi, zwrotniczy, palacze, konduktorzy) nie wolno chorować w szpitalu dłużej ponad 2 miesiące pod groźbą utraty posady. Wobec tego dzieje się tak, że chory jest w sanatoryum tyle czasu, ile mu zwierzchność pozwoli; poczem, żeby kontynuować leczenie tuberkulinowe, dojeżdża raz, dwa razy na tydzień. O jakiejbądź statystyce nie może być obecnie mowy.

Kol. Bagieński stosuje w sanatoryum endotynę Gabryłowicza i jest bardzo zadowolony z osiągniętych wyników.

2) Kol. Wirszubski przedstawia chorą, lat 20, **z pląsawicą przewlekłą postępującą**. Rodzina — zwyrodniali; 10 lat temu chora przebyła płonicę; podczas rekonwalescencyi wystąpiły objawy pląsawicy. Wobec tego, że na podstawie najnowszych badań dziedziczność w podobnych przypadkach wcale nie jest ustaloną jako czynnik etyologiczny i że prawie zawsze udaje się wykazać tło degeneracyjne, należy nazywać »chorea chronica progress. degenerativa«, a nie »hereditaria«; 2) mężczyznę lat 50 **z bezwęchem wiądowym** (anosmia tabetica), u którego w 10 lat po zakażeniu kiłą wystąpił zupełny bezwęch, jako jedyny objaw początku wiądu rdzenia. Trwało to lat 7, dopiero potem wystąpiły wszystkie inne objawy wiądu; 3) mężczyznę, 52 lat, żyda, — krawca z zawodu, z objawami **wielkiej histeryi;** napad o każdej porze można wywołać uderzeniem lub uciskiem w okolicy lędźwiowej tułowia; podczas napadu występują szybkie skojarzone ruchy całego tułowia, kończyn i twarzy, chory pieje, jak kogut, gdacze, szczeka, wykrzykuje nieprzyzwoite słowa, świszcze, słowem zachowuje się na podobieństwo t. zw. »klikusz«, którzy oddawna są bardzo poważani przez ludność wiejską w Rosyi, jako prorocy, a nawet jako prawie święci.

3) Dr Wolfson pokazuje chorego **bez prącia** z raną w mosznie gojącą się. Wywiady: podczas służby w wojsku, jakieś rany na głowie; poza małżeństwem stosunków płciowych nie było. 4 lata temu w rowku zażołędnym zjawiła się ranka, którą najpierw leczył bez skutku felczer wiejski, a potem sam chory — liśćmi (bardzo rozpowszechniony wśród ludu zwyczaj, by przykładać do ran liście zielone, lub suszone). Dopiero, gdy wrzodziejąca rana zniszczyła prawie całe prącie, chory zgłosił się do szpitala św. Jakóba w Wilnie. Ranę zaczęto leczyć, jak zwykle, sączkowaniem i kompresami; wobec podejrzenia co do kiły zrobiono 2 wstrzykiwania salwarsanu do żył. Rana zaczęła się szybko goić, obecnie prawie zupełnie zagojona. »Ex juvantibus« należy przypuszczać w danym przypadku kilaki.

W dyskusyi Dr Zarczyn robi uwagę, że rozpoznanie niema żadnych podstaw, albowiem nietylko nie zrobiono badania patologiczno-anatomicznego kawałeczków, któreby można było powycinać z wrzodu, ale nawet nie zrobiono odczynu Wassermanna. — Dr Wolfson zaznacza, że szpital nie posiada ani pracowni bakteryologicznej, ani przyrządów do badań patologoanatomicznych, wobec czego żadne z tych badań nie mogło być dokonane. Zresztą odczyn Wassermanna niezawsze daje pewne wskazówki, ponieważ często z surowicą krwi chorego na kiłę odczyn wypada ujemnie, zdarza się też, że surowica krwi nieobarczonych przymiotem może dać wynik odczynu dodatni. — Dr Krainskij dowodzi, że w przypadkach, gdzie jest chociażby najmniejsze podejrzenie przymiotu, nie można ustalić żadnego rozpoznania bez tego odczynu; odczyn Wassermanna przerobiony i sprawdzony w setkach tysięcy przypadków jest zupełnie pewnym odczynem; w chorobach nerwowych, a zwłaszcza umysłowych, odczyn ten częstokroć ma znaczenie rozstrzygające.

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Wszystkie wnioski i sprawozdania Wydziału krajowego, przedłożone w bieżącej sesyi Sejmowi, ujęte są we wspólne ramy »Sprawozdania z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 1 września 1910 do 30 listopada 1911«. Ta forma, przyjęta od lat kilku, pozwala z łatwością rozpatrzeć te wszystkie sprawy sanitarne, któremi się Wydział krajowy zajmował i daje łatwy przegląd ich całości.

Tegoroczne sprawozdanie Departamentu V. podaje naprzód zestawienie rzeczywistych wydatków i dochodów funduszu krajowego w zakresie rubryki budżetowej: »Zdrowie publiczne« w roku 1909 i 1910, oraz ogólny rys działalności wszystkich szpitali krajowych w tych latach, objaśniony tabelarycznemi zestawieniami.

W roku 1909 wypłacił kraj w tym zakresie 6,478.804 k., a ponieważ dochody (głównie krajowych szpitali we Lwowie i w Krakowie i zakładu w Kulparkowie) wyniosły 2,176.208 k., przeto rzeczywisty wydatek z funduszów krajowych wynosił 4,302.596 k. (więcej o 666.680 k., niż w roku 1908). W roku zaś 1909 wynosiły wydatki 7,188.012 k., dochody 2,872.947 k., czysty więc wydatek z funduszu krajowego 4,315.065 (wzrost czystego wydatku w porównaniu z rokiem poprzednim tylko o 12.496).

W wydatkach, jak zawsze, zajmują naczelne miejsce koszta leczenia (w szpitalach prowincyonalnych), które w obu latach wynosiły 3,214.848 i 3,425.974 k.; drugie miejsce zajmują wydatki krajowego szpitala we Lwowie (1,029.619 i 1,433.381), trzecie — wydatki zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie (948.247 i 969.558). Potem dopiero następuje krajowy szpital krakowski (878.562 i 834.552), który koszta swoje pokrywa w stopniu stosunkowo większym, niż szpital lwowski. Dochody bowiem szpitala lwowskiego wynosiły w obu latach 602.960 i 893.348, a krakowskiego 555.704 i 554.612 k. Dalsze rubryki wydatków następują po sobie w takiej kolei: Wydatki za szczepienie ochronne krowianką (156.375 i 159.612 k.), na lekarzy okręgowych (110.004 i 106.522), za utrzymanie podrzutków w kraju i zagranicą (63.667 i 45.886), na zasiłki dla zakładów sanitarnych (54.396 i 181.149),

na leki podczas epidemii (17.086 i 15.377), wreszcie na stypendya dla lekarzy na podróże naukowe (w obu latach po 6000).

Zaległości w kosztach leczenia, (które za ubogich chorych pokrywać mają odpowiednie gminy), wynosiły z końcem r. 1909 i 1910: w szpitalu lwowskim 628.601 i 693.983 k., w krakowskim 279.488 i 335.456, w zakładzie kulparkowskim 919.102 i 965.956 k., a w szpitalach prowincyonalnych 784.104 i 868.679, razem z końcem r. 1909 — 2,611.279, a z końcem r. 1910 — 2.864,075 k.

Dni leczenia we wszystkich szpitalach było w r. 1909 — 2,401.746, a w r. 1910 — 2,480.407. W porównaniu z latami poprzedniemi zwiększyła się liczba dni leczenia o 129.224, względnie 78.661. Odsetek śmiertelności w r. 1909 wynosił średnio we wszystkich szpitalach w kraju 5·8%, w r. 1910 — 5·7%. Pobyt chorego trwał w r. 1909 średnio 24·6 dni, najdłużej oczywiście w zakładach dla obłąkanych (średnio 163·7 dni), potem w szpitalach dla dzieci (23·9), w szpitalach prowincyonalnych (20), w szpitalach stołecznych i klinikach (18·4), a najkrócej w zakładach położniczo-ginekologicznych (15·4). W roku 1910 średni pobyt we wszystkich zakładach był prawie takisam (24·8 dni), przyczem nieco się zwiększył w zakładach dla obłąkanych, zresztą zaś nieco się skrócił. Średnia dzienna liczba chorych we wszystkich szpitalach publicznych w kraju, zawiadywanych przez Wydział krajowy, wynosiła w r. 1909 — 6572 (na 6290 łóżkach), a w r. 1910 — 6796 (na 6428 łóżkach etatowych).

Cały koszt leczenia i utrzymania jednego chorego wynosił w r. 1909 — 42·707, w r. 1910 — 43·42 k. Dzienny koszt żywienia jednego chorego wynosił w obu latach: W szpitalach krajowych z klinikami 70·8 i 70·5 halerzy, w zakładach położniczych 76·4 i 86·5, w zakładach dla obłąkanych 57·6 i 56·4, w szpitalach prowincyonalnych 45·5 i 45·8. Dzienny koszt utrzymania jednego chorego wynosił w r. 1909 średnio 1·734 k., w r. 1910 — 1·749 k., w szpitalach prowincyonalnych 1·38 k. i 1·407 k., w szpitalach krajowych wraz z klinikami 2·686 i 2·651 k., w zakładach położniczo-ginekologicznych 3·109 i 3·492 k.

Na utrzymanie podrzutków wydano w obu latach: w Bobrku 11.136 i 6.780 k., w Wiedniu 50.771 i 37.940 k., w Pradze 1.686 i 1.165 k., z funduszu podrzutków w Krakowie 2.874 i 2.989 k.

Tegoroczne sprawozdanie Dep. V. nie podaje tabeli porównawczej szpitali galicyjskich ze szpitalami innych krajów austryackich, ponieważ dotąd nie wyszła urzędowa statystyka szpitali austryackich za r. 1907. — Z tabeli porównawczej za lata 1902—1906, podanej w poprzedniem sprawozdaniu Dep. V., godzi się przypomnieć, że koszt całego utrzymania jednego chorego wynosił w Galicyi w r. 1906 na dzień 1·52, w Styryi 1·95, w Czechach 1·99, w Tyrolu 2·07, w Austryi dolnej 2·69 k.

Porównując liczbę łóżek w publicznych szpitalach galicyjskich według sprawozdań Dep. V., znajdujemy w r. 1908 łóżek 6.305, w 1909 — 6.290, w r. 1910 — 6.428.

Ze spraw szpitala krajowego we Lwowie na pierwszem miejscu przedstawia Wydział krajowy Sejmowi stan budowy nowych klinik, z których gmach kliniki dermatologiczno-wenerycznej jest już na ukończeniu, ale urządzenie wewnętrzne (mechaniczne), a zatem i otwarcie kliniki nadspodziewanie się odwlokło wskutek toczących się między Wydziałem krajowym a Rządem pertraktacyi o udział w zwiększonych kosztach. Wobec opóźniania się odpowiedzi Rządu przedstawił Wydział krajowy Namiestnictwu jeszcze 12 maja 1911, iż to opóźnienie nietylko odwlecze otwarcie kliniki, ale pociągnie też za sobą nowe wydatki, gdy urządzenie mechaniczne (ogrzewanie) przyjdzie wykonywać już po zupełnem wykończeniu robót murarskich i stolarskich. Sprawa zalega w Ministerstwie. Utknęła też znowu budowa klinik oto-laryngologicznej, okulistycznej i neurologiczno-psychiatrycznej. Mianowicie nowe plany tych budynków według wyższego kosztorysu, już zatwierdzonego przez Ministerstwo, nie zostały jeszcze opracowane przez biura techniczne rządowe, więc też i budowa nie może się rozpocząć.

Z innych oddziałów szpitala lwowskiego zyskał niedawno włączony doń szpital dla dzieci im św. Zofii rekonstrukcyę budynku głównego i gospodarczego, dostosowane do dzisiejszych wymagań, a nadto zapowiada Wydział krajowy przerobienie na oddział dla oseseków obecnego oddziału zakaźnego, skąd dzieci zostaną przeniesione do krajowego zakładu dla zakaźnych chorych. Zakład ten, pomieszczony w sąsiedztwie szpitala krajowego na pięknym i obszernym terenie i imponujący planem i liczbą pawilonów, będzie zupełnie ukończony i otwarty już z wiosną r. b., a dla jego obsługi wnosi Wydział krajowy (w osobnem sprawozdaniu) zwiększenie personalu szpitala lwowskiego o 3 lekarzy. (Obecny oddział zakaźny o 42 łóżkach ma 1 prymaryusza i 1 sekundaryusza, nowy zaś — o 120 łóżkach, — mieć będzie prymaryusza i 4 lekarzy pomocniczych). Prymaryusz i dwaj sekundaryusze nowego oddziału zakaźnego otrzymać mają po 1.000 k. dodatku osobistego. Odpowiednio też ma być zwiększony personal administracyjny szpitala lwowskiego (o 5 posad stałych kancelaryjnych przy zwinięciu dyurnów, i t. d.). Prymaryuszowi szpitala dziecięcego i chemikowi szpitalnemu przyznane będą także dodatki osobiste (po 600 k.).

Obok rekonstrukcyi już dokonanych i zamierzonych w szpitalu dziecięcym i obok pawilonów zakaźnych zyska szpital lwowski w czasie najbliższym rekonstrukcye w gmachu głównym (na razie pralni) i połączenie z miejską elektrownią.

Przechodząc do szpitala krakowskiego, na pierwszem miejscu przedstawia Wydział krajowy obszernie sprawę objęcia przez kraj szpitala św. Ludwika dla dzieci, której przebieg znany już jest czytelnikom »Przeglądu« z artykułów, ogłoszonych w tym przedmiocie w naszem piśmie w ostatnich latach. Jak wiadomo, utrzymujące dotąd szpital św. Ludwika »Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci« wypowiedziało z d. 31. grudnia 1913 dotychczasową umowę z Wydziałem krajowym o leczenie dzieci ubogich za ryczałtową subwencyę z funduszu krajowego, postanawiając właściwie szpital zwinąć, a natomiast utworzyć stałe sanatoryum w Rabce, w Krakowie zaś tylko oddział dla rekonwalescentów i przewlekle chorych, oraz dyspensatoryum dla dzieci zagrożonych gruźlicą; wszystkie realności szpitalne w Krakowie mają być sprzedane. Otóż Wydział krajowy oświadcza, że jego zdaniem »Towarzystwo ma obowiązek i nadal utrzymywać szpital św. Ludwika w Krakowie«, co było wyłącznym celem statutowym Towarzystwa aż do r. 1903, ponieważ, — jak wywodzi Wydział krajowy — »zapisy i ofiary, z których powstał szpital św. Ludwika posiadają... charakter instytucyi wieczystej, której tylko zarząd powierzony jest Towarzystwu«, a »jeżeli Towarzystwo postanowiło zmienić pole swej działalności, to powinno... szpital św. Ludwika z całym jego majątkiem oddać w inne ręce z obowiązkiem leczenia w tym szpitalu dzieci«. Zbadaniem sprawy zajmuje się na prośbę Wydziału kraj. Namiestnictwo; po orzeczeniu Namiestnictwa Wydział krajowy »wyciągnie zeń konsekwencye«, a tymczasem przypomniał Towarzystwu opieki szpitalnej dla dzieci obowiązek zwrócenia pożyczonych mu przez kraj na czas trwania dotychczasowej umowy resp. na czas istnienia szpitala św. Ludwika 20.000 kor.

Z prac rekonstrukcyjnych w samymże szpitalu św. Łazarza w Krakowie, poleconych Wydziałowi krajowemu uchwałą sejmową z r. 1908, wykonano dotąd rekonstrukcyę i rozszerzenie pawilonu chirurgicznego, czyniące w pełnej mierze zadość nowoczesnym wymaganiom; jedynie tylko nowe sale operacyjne nie zostały oddane do użytku z powodu spóźnienia się dostawcy ogrzewalników. W zrekonstruowanym oddziale urządzono pracownię rentgenowską dla wszystkich oddziałów szpitalnych, oddając ją pod kierunek Dr Korabczyńskiej, która się w tym dziale zagranicą za stypendyum krajowem wykształciła i ma pobierać 2400 kor. rocznie za prowadzenie pracowni.

Według programu rekonstrukcyi, ustalonego przez Wydział krajowy, ma być izba przyjęć wraz z częścią administracyjną przeniesiona do odpowiednio zaadaptowanego gmachu poklasztornego (gdzie obecnie znajdują się, najfatalniej pomieszczone, oddział położniczy i kiłowo skórny), obecny budynek administracyjny ma być obrócony na inne cele, pawilony dla chorób wewnętrznych przebudowane i rozszerzone, a dla oddziału położniczego i kiłowoskórnego stanąć mają z czasem nowe budynki. Obecnie, stosownie do uchwały Sejmu z listopada 1910, przedstawia Wydział krajowy szczegółową propozycyę rekonstrukcyi i rozszerzenia oddziałów dla chorób wewnętrznych. Zamiast obecnych 88 ma mieć każdy z obu oddziałów po 107 łóżek etatowych przy 30—40 m^3 na jednego chorego, dalej ma uzyskać sale dla dziennego pobytu chorych, leżalnie (werandy) dla chorych na gruźlicę, łazienki, odpowiednie wychodki, mieszkania dla służby, dla lekarzy, kancelaryę i pracownie lekarskie, wszystko z ogrzewaniem centralnem, odpowiednią wentylacyą, umywalniami na salach, windami i t. d. Wreszcie ma być uzupełniony inwentarz sprzętów. Dzisiejszy stan oddziałów znamionuje fakt, że na 80 łóżkach (8 łóżek jest dla służby) mieścić się nieraz musi do 130 chorych, że mieszkania lekarzy oddziałowych z wielką szkodą dla chorych zupełnie skasowano, kancelarye przeniesiono do innego budynku, cała służba musi nocować na salach chorych, brak wentylacyi, umywalń na salach, wychodki odległe i zimne i t. p., a sprzęty oddawna nieuzupełniane. Koszt całej rekonstrukcyi oddziałów wewn. wynieść ma 647.440 kor. Oprócz tego proponuje Wydział krajowy, jako bardzo pilną, rekonstrukcyę pralni i kuchni szpitalnej, oddawna za małych (w kotłach, obli-

czonych na 830 litrów, gotować trzeba 2100 litrów, musi się więc gotować dwukrotnie i chorzy dostają potrawy wyziębłe); to kosztować będzie 210.000 kor. Wreszcie ma być odnowiona fasada kościoła i starego budynku poklasztornego św. Łazarza, a w budynku poklasztornym zbudowane nowe wychodki. Łączny koszt rekonstrukcyi w tym pierwszym okresie, obliczonym na 3—4 lat, ma wynosić 920.222 kor., z których 400.000 kor. będą pokryte z majątku zarodowego szpitala św. Łazarza.

Jeszcze bodaj pilniejsza od tych rekonstrukcyi sprawa budowy krajowego zakładu położniczo-ginekologicznego w Krakowie, znajduje się na razie w zupełnym zastoju. Wydział krajowy oczekuje od Rządu odpowiedzi, czy w projektowanym zakładzie ma być pomieszczona także klinika położnicza uniwersytecka, odpowiedzi, której ostatni raz zażądał w listopadzie 1911.

W zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie zbudowana została nowa oczyszczalnia biologiczna kosztem 61 405 kor.; oprócz pokrycia reszty tych kosztów wnosi Wydział krajowy do Sejmu o budowę lodowni (19.800 kor.), natomiast nie proponuje zaprowadzenia oświetlenia elektrycznego, ani własnego wodociągu, w osobnem sprawozdaniu uzasadniając to względem na stan funduszów krajowych. Koszt przyłączenia do miejskiej elektrowni lwowskiej wynosiłby 83.000 kor., roczny wydatek na oświetlenie i motory 32.413, więcej o 16.305 rocznie, niż obecnie kosztuje oświetlenie naftowe i ruch własnych motorów zakładowych. Budowa własnego wodociągu kosztowałaby 280.000 kor., roczny wydatek w tym razie 28.000; obecnie kosztuje woda z miejskiego wodociągu lwowskiego do 30.000 kor. rocznie, przyczem zakład niema dostatecznej ilości wody, bo wodociąg miejski wskutek wielkiego zapotrzebowania nie może jej w odpowiedniej ilości dostarczyć. Własny wodociąg byłby więc dla Zakładu niewątpliwie i rentowny i bardzo korzystny.

Zakładu kulparkowskiego dotyczy jeszcze wniosek o utworzenie w nim posady prymaryusza-prosektora zamiast uchwalonej przez Sejm w r. 1908 posady sekundaryusza, ponieważ wskutek zbyt małego uposażenia materyalnego niepodobna dotąd na stanowisko prosektora pozyskać odpowiedniej siły fachowej.

W sprawozdaniu o postępach budowy zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie podnosi Wydział krajowy podrożenie budowy i opóźnienie jej wskutek trudności terenu i braku wody do budowy, którą trzeba było doprowadzić dopiero osobnym wodociągiem z Wisły. Z 44 budynków zakładowych nie rozpoczęto dotąd czterech (kuchni, pralni, kaplicy i kostnicy), reszta jest w budowie, a 22 już pod dachem. Również wykonano główne kanały, wodociągi i t. d. Zakład otwarty będzie w r. 1913 z opóźnieniem kilkomiesięcznem.

Ze szpitali prowincyonalnych nie mogły być oddane do publicznego użytku szpitale nowo zbudowane w Nowym Targu i Horodence, ponieważ ustawy, nadające tym szpitalom charakter publiczności i powszechności, nie uzyskały dotąd sankcyi. Nie rozpoczęto budowy szpitala w Nadwórnej, ani pawilonu dla chorych na kiłę w Stryju z powodu braku odpowiedzi ze strony Rządu co do udziału w kosztach budowy. Na prośbę Wydziałów powiatowych uznał Wydział krajowy potrzebę szpitali powszechnych w Lisku i Chrzanowie i udzielił wskazówek co do budowy szpitali w Łańcucie i Kamionce strumiłowej. W sprawozdaniu tegorocznem wymienia Wydział krajowy miasta, w których w latach poprzednich (1903 do 1908) uznał potrzebę szpitali powszechnych. Są to: Buczacz, Mielec, Rohatyn, Skała, Trembowla, Zbaraż. Szpital w Kosowie (zbudowany głównie z celem zwalczania endemii kiły w Huculszczyźnie), działający od r. 1908 jako szpital prywatny, uzyskał w r. 1910 charakter szpitala powszechnego i publicznego.

O dokonanych przebudowach i nowych budowach szpitali prowincyonalnych podaje Wydział krajowy następujące dane: W Białej oddano nowy budynek szpitalny do użytku w grudniu 1910. W Bochni palącą potrzebą jest rekonstrukcya i rozszerzenie szpitala, jednakże wnioski Wydziału kraj., przedłożone Sejmowi już dawniej, nie zostały przez Sejm załatwione. W Brzeżanach ukończono znaczne prace rekonstrukcyjne, których ogólny koszt wyniósł 162.767 kor., podobnież w Husiatynie (koszt 204.140 kor.), w Tarnowie (rachunki nie ukończone), w Turce (16.232 kor.); drobniejsze adaptacye i naprawy wykonano lub są w toku w szpitalach w Gorlicach, Kałuszu, Krośnie, Nowym Sączu, Sokalu (urządzenie nowych sal opatrunkowych i porodowych, zmiany posadzek, przebudowy klozetów i t. p.); ukończono własny wodociąg szpitalny w Sanoku i uzyskano dla szpitala w Przemyślu dobrą wodę z wodociągu wojskowego, tymczasowo, zanim szpital nie otrzyma własnego wodociągu, którego budowa rozpocznie się z wiosną r. b.

Nowe budowle i rekonstrukcye proponuje Wydział krajowy następujące: W Drohobyczu, gdzie szpital jest bardzo przepełniony (na 120 łóżkach mieściło się w r. 1909 średnio 171, a w r. 1910 średnio 180 chorych dziennie) zbudowany ma być pawilon zakaźny, w którym znajdą pomieszczenie także chorzy na gruźlicę. Pawilon ten, obliczony na 30 łóżek, stanąć ma na dokupionym w tym celu gruncie, a koszt jego wraz z przeobrażeniami w starym budynku obliczono na 208.000 kor. W Jarosławiu zamierzone są znaczniejsze rekonstrukcye i adaptacye obecnego budynku szpitalnego kosztem 51.053 kor. W Kołomyi staną oszklone leżalnie dla chorych na gruźlicę kosztem 13.000 kor. W Przemyślanach, gdzie stan szpitala jest opłakany (w r. z. groził zawaleniem się, tak że musiano podstęplować sufity!), planowana jest rekonstrukcya i rozszerzenie kosztem 117.539 k. Wniosek Wydziału kraj. w tym względzie, przedstawiony jeszcze w r. 1910, nie został dotąd przez Sejm załatwiony. Nie lepszy, a może gorszy jest stan szpitala w Podhajcach, który jest ciasny, ciemny, zawilgocony, z piwnicami stale zalewanemi przez sąsiedni potok, z nieużytecznemi łazienkami w tychże piwnicach, z jedyną, zupełnie złą salą operacyjną itd., a przytem stale bardzo przepełniony (na 85 łóżkach w r. 1908 dziennie 121 chorych, w r. 1909 — 111, w r. 1910 — 107). Toteż Wydział krajowy wnosi budowę zupełnie nowego szpitala w innem miejscu, na zakupionym już, doskonale położonym gruncie o obszarze $3^1/_2$ morga; nowy szpital proponuje Wydział kraj. na 60 łóżek. Wielkie trudności napotyka sprawa szpitala w Stanisławowie, koniecznie wymagającego rozszerzenia i odpowiedniejszego pomieszczenia; nabycie bowiem gruntów w sąsiedztwie z powodu nader wysokich cen okazuje się niemożebne, a kroki o uzyskanie gruntu miejskiego pod nowy szpital w innem miejscu, spotkały się z odmową Zarządu miasta. W sprawie tej czyni Wydział kraj. dalsze starania i postanowił zwołać konferencyę z udziałem Zarządu miasta i Rady powiatowej.

Szpitalnictwa dotyczą jeszcze następujące ważne wnioski Wydziału krajowego: o systemizowanie stałej posady drugiego inspektora szpitali krajowych, o regulacyę płac lekarzy pomocniczych w obu szpitalach stołecznych, o reorganizacyę i polepszenie bytu służby w tych szpitalach i w zakładzie kulparkowskim, oraz zawiadomienie o pracach wstępnych celem zmiany normy żywienia chorych w szpitalach, o zmianie kontraktu w sprawie obsługi zakonnej w Kulparkowie i wszystkich szpitalach na prowincyi stosownie do wymagań nowoczesnych i o przygotowywanej przez Wydział krajowy ankiecie w sprawie opieki nad obłąkanymi nieuleczalnymi.

Co do poprawy bytu lekarzy pomocniczych w szpitalu lwowskim i krakowskim, to, jak już donosiliśmy, proponuje Wydział krajowy dla sekundaryuszy płacę zasadniczą 1.600 k. rocznie z trzema dodatkami rocznymi po 200 k., t. j. aż do 2.200 k., z mieszkaniem w naturze albo dodatkiem 720 k., a dla lekarzy adjutowanych 1.000 k. rocznie z corocznem podwyższeniem o 200 k.

Co do reorganizacyi służby, to ma być ona podzieloną na służbę wyższą (woźni, odźwierni, profesyoniści, jak ślusarze, maszyniści, piekarze i t. p. rzemieślnicy), oraz niższą (służba oddziałowa, palacze, parobcy, kucharki i t. p.). Obchodząca nas tu głównie służba oddziałowa, właściwie pielęgnująca chorych, ma mieć płacę zasadniczą 216 k. rocznie, (18 k. miesięcznie) z coroczną podwyżką przez lat 10 o 24 k., a przez dalszych 10 o 12 k., czyli po 30 latach dochodzić ma do 696 k. rocznie. Starsi nadzorcy chorych, zaczynając od 480 k. rocznie, dochodzą w ten sposób po 30 latach do 960 k. Oprócz tego służba na oddziałach zakaźnych, kiłowo-skórnych i umysłowych, oraz w izbie przyjęć we Lwowie i w Krakowie otrzymać ma dodatki »funkcyjne« po 24 k. rocznie. W razie trwałej niezdolności do pracy otrzymać ma służba wszelkiej kategoryi po 10 latach służby 40%, z każdym następnym rokiem o 3% więcej, aż do 100% ostatniej płacy po 30 latach służby.

Organizacya okręgowej służby sanitarnej postąpiła o 11 nowych okręgów w 9 powiatach. Obsadzenie nowych posad jest w toku, opaźnia się jednak »wobec ogólnego braku lekarzy, a w szczególności kandydatów na posady okręgowe«. Wskutek podań prawie wszystkich lekarzy okręgowych o poprawę płac, zbadał Wydział krajowy ich postulaty i zapowiada regulacyę poborów służbowych »tam, gdzie one istotnie ze względu na panujące stosunki okazują się za nizkie«.

Zasiłki na podróże naukowe zagranicą wypłacono 10 lekarzom, zajętym w służbie krajowej, imiennie w sprawozdaniu wymienionym, a mianowicie dwu dyrektorom szpitali, 5 prymaryuszom i kierownikom ambulatoryum i pracowni, jednemu

sekundaryuszowi, jednej praktykantce i jednemu lekarzowi okręgowemu. Z podróży tych otrzymał Wydział krajowy od wszystkich wyczerpujące sprawozdania, niektórzy zaś z lekarzy ogłosili na zasadzie poczynionych studyów prace naukowe.

Wreszcie zawiera tegoroczne sprawozdanie Dep. V. wyjaśnienia w sprawie rezolucyi sejmowych z r. 1908 i 1910 co do rozszerzenia świadczeń kas chorych na żony i dzieci członków tych kas, co do kosztów leczenia małoletnich sierot po ubogich rodzicach i opinię o różnych petycyach, przekazanych przez Sejm Wydziałowi krajowemu do rozpatrzenia. Z ważniejszych petycyi poleca Wydział krajowy do uwzględnienia petycye o subwencye: Towarzystwa kolonii leczniczej w Krynicy, Stowarzyszenia wzaj. pomocy położnych we Lwowie, Stow. »Schronisko dla nauczycieli« i Towarzystwa Domu zdrowia uczącej się młodzieży »Bratnia Pomoc« w Zakopanem.

Uwagi, jakie się nasuwają z powodu tegorocznego sprawozdania Departamentu V. Wydziału krajowego, dadzą się ująć w ramy szczuplejsze od tych, jakich wymagało omówienie sprawozdania poprzedniego (por. »Przegląd lekarski« 1910, Nr 40—42). Przyczyna tego jest dwojaka: Przedewszystkiem to, że znaczne zaostrzenie się stosunków politycznych, zwłaszcza sprawy reformy wyborczej, zepchnęło w poprzednich sesyach prawie wszystko inne w Sejmie w cień, a w pierszym rzędzie, jak tego się już w r. 1910 obawialiśmy, sprawy sanitarne; powraca więc w tegorocznem sprawozdaniu wiele niezałatwionych przez Sejm spraw, które omówiliśmy już przed dwoma laty. Powtóre, wprawdzie, dzięki bardzo dobrej, od lat kilku przyjętej formie sprawozdania Dep. V., daje ono pewną całość t y c h spraw, któremi się Wydział krajowy zajmował, ale tym razem jest tych spraw mniej, gdyż ogromnie przeważa szpitalnictwo, a o dalszym toku wielu innych, dawniej poruszonych spraw nie ma tym razem wzmianki. Tego zeszczuplenia zakresu sprawozdania nie można uważać za rzecz dodatnią; bez przypominania o tem, że działalność Sejmu w sprawach zdrowia publicznego siłą rzeczy rozszerzać się zaczęła i coraz bardziej rozszerzać się będzie, może się pogląd szerszych kół i poselskich i społecznych na higieniczno-społeczne zadania kraju, i tak już nie dostateczny, jeszcze bardziej zacieśnić.

A więc odczuwa się w tegorocznem sprawozdaniu brak wzmianki o zdrojownictwie, nietylko z ogólnego względu na to, że żywszy samorzutny ruch na tem, także ekonomicznie doniosłem polu, który powstał u nas w latach ostatnich (Zjazdy przemysłowo-balneologiczne, Związek zdrojowisk), oczekuje od kraju w niejednym względzie pomocy, ale nawet ze względu na szczegółowe sprawy, któremi się i Wydział krajowy i Sejm już zajmował. Przypomnimy tu tylko projekt nowych statutów zdrojowych, poddanie zdrojowisk fachowemu nadzorowi i kierunkowi krajowego lekarskiego inspektora zdrojownictwa, a dalej — sprawy Krynicy, w r. 1910 tak żywo poruszające kraj, że znalazły miejsce i w programowej mowie Namiestnika i w komisyach sejmowych, tworzenie dalszych stacyi klimatycznych (Brzuchowice, których sprawę Sejm nawet uchwalił zbadać) i t. p. A więc pragnęłoby się dalej choćby w krótkich słowach znaleźć w sprawozdaniu ogólny obraz udziału kraju w walce z gruźlicą, tak pięknie zainicyowanego zwołaną przez Wydział krajowy przed paru laty ankietą, a wyrażającego się choćby w zakresie szpitalnictwa; drobne wzmianki o tem w sprawozdaniu zbyt są lakoniczne i rozprószone, by odźwierciedlały to, co już w tym zakresie zrobiono i co jest zamierzone. A więc nasuwa się następnie pytanie, jak rozwija się akcya w sprawie endemicznego matołectwa, rokująca pomyślne nadzieje przed dwoma laty, i poparta wówczas przeznaczeniem na r. 1911 pewnej kwoty z funduszów krajowych, o której zużytkowaniu tegoroczne sprawozdanie milczy. Wobec znacznej liczby matołków w kraju, których utrzymanie bądź co bądź obciąża ludność, miałaby owa akcya niejakie nawet ekonomiczne znaczenie. Czyżby dalsze próby nie spełniły oczekiwań i potwierdzając ujemne wyniki Kutschery, Eyselta, Birchera i Scholza położyły kres zwalczaniu tej endemii wbrew korzystnym doświadczeniom Wagnera? Do takich spraw, już dawniej przez Wydział krajowy poruszonych, a teraz milczeniem pominiętych, należą dalej np. sprawa zaopatrzenia kraju w dobrą wodę, sprawa uzyskania koniecznych zmian w projekcie ustawy o chorobach zakaźnych, starania o budowę państwowego zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy i kilka jeszcze innych drobniejszych.

Pomijamy już te rzeczy, które dotychczas nigdy nie znalazły wyrazu w sprawozdaniach Wydziału krajowego, a na które ednakże — jak sądzimy — byłoby tam miejsce właściwe. Należałby tu niejeden postulat społeczno-higieniczny z liczby tych, które podnosi Krajowa Rada Zdrowia. Wśród tych postulatów są bowiem takie, których spełnienie zależy wprawdzie od Rządu, ale którym poparcie przez Sejm na wniosek Wydziału krajowego, a więc uznanie za ważną potrzebę ogólno-krajową, mogłoby nadać należyty nacisk i spełnienie przyspieszyć; są inne, których spełnienie leży w granicach ustawodawczej kompetencyi Sejmu, gdzieby więc propozycya Wydziału krajowego mogła wpłynąć na rychlejsze wygotowanie odpowiednich projektów do ustawy, Postulatów tych tutaj nie wyliczamy, bo już dawniej przytaczaliśmy je w »Przeglądzie«, a w r. z. w »Słowie lekarskiem«, wskazując przy ich omawianiu te z nich, które, jak nam się zdaje. nadawałyby się przed forum sejmowe.

Przechodząc od tego, czego brak w sprawozdaniu tegorocznem daje się odczuwać, do tego, co w niem jest, należy stwierdzić znacznie szybszy wzrost wydatków w dziale sanitarnym w ostatniem dwuleciu, niż w latach poprzednich; gdy dawniej wynosił on średnio rocznie 150.000 k., to tym razem za dwa lata doszedł prawie 680.000 k. (netto); jest to niewątpliwie odźwierciedleniem znaczniejszych inwestycyi w szpitalnictwie, które muszą się w kołach lekarskich spotkać z najżywszem oczywiście uznaniem. Z poszczególnych wydatków poza szpitalnictwem zasługują na uwagę wydatki na utrzymanie podrzutków »w kraju i zagranicą«, wynoszące za dwa ostatnie lata razem 109.553 (więc średnio przeszło 50.000 rocznie; w r. 1908 — 42.758), z tego jednak »w kraju« niestety tylko niespełna $^1/_5$. Jestto niewątpliwie bolączka, trudna do wyleczenia. Za uprzywilejowane podrzutki »zagranicą« płaci kraj, bo musi; o tym nieuniknionym wydatku mimowolnie myśli się, że gdyby udało się go zmniejszyć, możeby dla podrzutków w kraju więcej się dało zrobić. Stan dzisiejszy tej sprawy nie może zadowolnić, co obszerniej omawialiśmy już w latach poprzednich.

W ogólnych cyfrach, dotyczących szpitalnictwa, uderzają: trwające jeszcze znaczne przepełnienie istniejących szpitali (ś r e d n i o około 5% w o g ó l e, daleko gorzej w szpitalach poszczególnych i w okresach znaczniejszego napływu chorych); nietylko nie wzrośnięcie, ale nawet o b n i ż e n i e k o s z t u l e c z e n i a chorych na dzień i głowę (1908 ś r e d n i o 1·80 k. we wszystkich szpitalach, 1909—1910 po 1·73—1·75 k.), jak i k o s z t u ż y w i e n i a, p o m i m o g w a ł t o w n i e r o s n ą c e j d r o ż y z n y; bardzo mały przyrost ogólnej liczby łóżek w szpitalach publicznych w kraju (w porównaniu z r. 1908 tylko o 123). Stąd wniosek oczywisty, że stosunki od r. 1908, wogóle biorąc, pogorszyły się w tych kierunkach. Toteż z uczuciem wielkiej ulgi i szczerego uznania przyjąć trzeba przygotowaną przez Wydział krajowy reformę norm żywienia, na której konieczność zwracaliśmy uwagę już w r. 1910. Należy tylko pragnąć, aby zmiana i poprawienie tej normy nastąpiły jak najrychlej. Z równem uznaniem spotkać się musi w najszerszych kołach reforma tak doniosła, jak poprawienie umowy z Siostrami zakonnemi, obecnie już we wszystkich szpitalach w kraju przeprowadzona, — oraz poprawa bytu personalu szpitalnego. Co do opieki zakonnej, to szkoda, że niema w sprawozdaniu tegorocznem wzmianki o wynikach dotychczasowej działalności szkoły pielęgnowania chorych, funkcyonującej od lat trzech w szpitalu lwowskim; wyniki te są, o ile wiemy, doskonałe, ale byłaby przecie pożądana wiadomość, ile zakonnic szkołę tę przeszło, ile ich zaś jeszcze niema fachowego w tym względzie wykształcenia, w jakim stopniu uczestniczą różne szpitale w owocach działania szkoły, czy nie zachodzi potrzeba otwarcia drugiej szkoły w Krakowie. Nasuwa się też pytanie, czy i o ile zaczęła się akcya w kierunku kształcenia Sióstr w działach administracyjnych, przedewszystkiem w kierunku sztuki kulinarnej; do niedawna bywały w niejednym szpitalu przez inspektora wytykane w tym względzie braki, a bez ich usunięcia korzyść ze zmiany normy żywienia nie byłaby przecież należyta.

Przechodząc do szczegółów, niepodobna przedewszystkiem obronić się niezmiernie przykremu wrażeniu z powodu przewlekania się, nieraz w nieskończoność, wszelkich spraw szpitalnictwa, gdzie z krajem ma współdziałać Rząd. O braku odpowiedzi ze strony Rządu wspomina sprawozdanie i co do budowy krajowego zakładu położniczego w Krakowie i co do budowy klinik lwowskich i co do budowy szpitali w Nadwórnej i Stryju, przeznaczonych do zwalczania endemicznej kiły. A niestety co do trzech z tych spraw (Kraków, Stryj, Nadwórna) nie mógł się Wydział krajowy doczekać odpowiedzi Rządu już także w r. 1910. Czyż niema żadnego na to sposobu, aby sprawy tej doniosłości i tak piekące nie zalegały po kilka, jak się okazuje, lat, w ministerstwach? Przecież bezużytecznej wędrówce aktów i bezowocności wszelkich oficyalnych »ponagleń« możeby zaradzić mogła

interwencya parlamentarnego Koła polskiego w Wiedniu, skoro obecnie odzyskało ono swe znaczenie i wpływy, a skoro kategorycznych pod adresem Rządu rezolucyi Sejmu, pracującego w tak trudnych obecnie warunkach, trudno się na razie spodziewać. Wszakże nie chodzi tu już ani o jakieś ustępstwa dla Galicyi, mogące być przedmiotem politycznych targów, ani o jakieś drobne interesa partykularne. Pierwszorzędne potrzeby jednej z dwu naszych wszechnic, losy znacznej części ludności kraju, trapionej endemiczną chorobą, toć przecież sprawy ogólnokrajowe, których załatwienia ma prawo domagać się od rządu bez »rekompensat« reprezentacya galicyjska. Doprawdy trudno zrozumieć, dlaczego tej drogi dotąd nie próbowano, dlaczego przedewszystkiem dla lekarzy, posłujących z Galicyi do Wiednia, sprawy tego rodzaju zdają się być obojętne.

Pominąwszy sprawy, zależące od współdziałania rządu, trzeba z radością stwierdzić, że zresztą co do obu szpitali stołecznych wszedł kraj na drogę oddawna koniecznych i oczekiwanych rozszerzeń i rekonstrukcyi. W pierwszym rzędzie dotyczy to szpitala lwowskiego; już dawniej mniej przepełniony i staranniej konserwowany, zyskawszy oprócz całego szeregu mniejszych przeróbek i ulepszeń, dokonywanych w latach ostatnich, wspaniałe pawilony zakaźne na 120 łóżek kosztem 1,200.000 k., przebudowę niedawno przyłączonych oddziałów dla dzieci kosztem niemal 100.000 k., pomnożenie personalu i t. d., stanął szpital lwowski prawie zupełnie na stopie, odpowiadającej współczesnym wymaganiom i stanowisku szpitala stołecznego. Niewątpliwie niejedno jeszcze pozostaje do zrobienia, wszelako zdaje nam się, że uchwalona przed paru dniami w komisyi budżetowej Sejmu rezolucya posła Dr Löwensteina o dalszą rekonstrukcyę szpitala lwowskiego na szeroką skalę — nie była na czasie. Obecnie bowiem istotnie na bliższy plan powinien wysunąć się szpital krakowski, nie wytrzymujący oddawna żadnego porównania z lwowskim, a przecież od niego wcale niemniej ważny, choć w mniejszem znajdujący się mieście.

Prawda, że i o krakowskim szpitalu pomyślał Wydział krajowy bardzo poważnie, że oprócz dokonanej już bardzo dobrej modernizacyi oddziału chirurgicznego rozpoczyna wielkie roboty, których pierwszym okresem będzie przebudowa pawilonów chorób wewnętrznych. Ale sama ta przebudowa trwać ma 3—4 lat, a gdyby w tem tempie były wykonywane i dalsze tutaj ulepszenia, to dopiero za lat kilkanaście stanąłby szpital krakowski na tym poziomie, na jakim już stoi obecnie szpital lwowski. A zdaje nam się, że przynajmniej do tego poziomu powinien szpital krakowski być jak najrychlej podniesiony, jeżeli ma odpowiedzieć swemu zadaniu. Toteż pragnąć trzeba przyspieszenia prac w Krakowie; przedewszystkiem zaradzenia strasznym wprost stosunkom oddziału położniczego, coby mogło i powinno nastąpić przez nieodwlekanie dalsze budowy nowego gmachu, skoro rzeczą jest już pewną, — choć nieoficyalną —, że rządowa klinika położnicza wspólnie z krajem stawiana chyba nie będzie i skoro podobno już dawniej decydował się kraj, na odpowiedź Rządu dłużej nie czekając, budować oddział położniczy na swoją rękę. Zresztą dotychczasowa akcya Wydziału krajowego każe ufać, że mimo wszystko nie zmienią się obecne jego względem szpitala krakowskiego plany, oparte na równej mierze dla obu szpitali krajowych, która się objawia w drobnych nawet szczegółach, jak wyposażenie Krakowa na równi ze Lwowem w osobny oddział rentgenowski pod osobnem kierownictwem.

Pilną sprawą jest stworzenie w Krakowie takich oddziałów zakaźnych, jakie otrzymał Lwów.

Pilną już też obecnie rzeczą jest w Krakowie rozwiązanie sprawy oddziałów dla dzieci, skoro z końcem r. 1913 szpital św. Ludwika, choćby nie został zwinięty, nie będzie przyjmować dzieci ubogich do leczenia za zwrotem kosztu z funduszów krajowych. Stanowiska, jakie w tej sprawie obecnie zajmuje Wydział krajowy, nie możemy podzielać. Pod względem ściśle prawniczym okaże się ono może słuszne; niemniej niepodobna obronić się uczuciu pewnego zawodu, że w sprawie tej zdają się względy higieniczno-społeczne nie mieć jakby żadnego waloru, że doniosłość zamierzonej przez Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci szerszej i skuteczniejszej akcyi przeciwgruźliczej może być niejako kwestyonowana i możność jej temu Towarzystwu odjęta, i to przez te właśnie czynniki, od których — zdawałoby się — wyjdzie tej rzeczy poparcie. W tym przedmiocie dałoby się powiedzieć bardzo wiele, zwłaszcza, gdy się porówna warunki ukrajowienia lwowskiego szpitala dla dzieci z obecną sytuacyą krakowskiego szpitala św. Ludwika. Ale lepiej przemilczeć to, coby może wypaść musiało zbyt gorzko, a coby się nasuwało, jeżeliby w takiej sprawie miał rozstrzygać jedynie... paragraf.

Trzeci wielki zakład krajowy, Kulparków, powinienby zyskać własny wodociąg. Wprawdzie zrozumiała jest w tym względzie wstrzemięźliwość Wydziału kraj., nie popierającego tej rzeczy ze względu na finanse kraju, w ostatnich latach w wydatkach właśnie na Kulparków poważnie zaangażowane. Ale z drugiej strony samże Wydział krajowy zaznacza, że ta inwestycya byłaby rentowną, a co najważniejsze i co powinno być rozstrzygające, to fakt, że zakład kulparkowski ma obecnie wody za mało i więcej jej bez własnego wodociągu nie uzyska.

Doskonały jest sposób, w jaki w tym roku przedstawiono w sprawozdaniu sprawy szpitali prowinc.; wymieniając bowiem wszystkie prace wstępne i przygotowawcze, wszystkie sprawy zaległe, ukończone i projektowane, daje sprawozdanie Dep. V. całkowity przegląd tego, co się dzieje w zakresie budownictwa szpitalnego w kraju. Niemniej dokładniejsze rozpatrzenie się w tych danych nasuwa niewesołe refleksye; tembardziej, że, jak widać ze sprawozdania, Wydział krajowy spełnił tu wszystko, co odeń zależy, a że przeszkody w rzeczywistem wykonaniu jego planów mają w niejednym względzie cechy prawie elementarnej »vis major«. Jest nią fatalna, dla spraw krajowych wogóle, a dla sanitarnych przedewszystkiem niezmiernie szkodliwa obecna sytuacya polityczna w Sejmie. Wskutek niej spadają z porządku dziennego Sejmu wnioski o najpilniejsze nawet rekonstrukcye szpitali. Wystarczy przypomnieć, że wnioski takie co do Bochni, Drohobycza i Przemyślan przedstawił był Wydział krajowy Sejmowi jeszcze w r. 1910 i od lat dwu czekają one napróżno załatwienia, a tymczasem szpitale dosłownie walą się (Przemyślany).

Jeżeli jednak odliczymy te trzy szpitale, gdzie wnioski są tylko ponowione, to okaże się, że z większych prac rekonstrukcyjnych wnosi Wydział krajowy w r. b. tylko jedną, w Podhajcach. Wobec istniejących jeszcze w kraju kilku szpitali starego typu, pilno wymagających zmodernizowania, byłoby to niewiele. Jedynie rzeczywiście ciężki stan finansów krajowych można tu przyjąć za powód, krzyżujący zamiary Wydziału krajowego szybszego udoskonalenia szpitalnictwa, zamiary, udowodnione działalnością lat ostatnich. Jedna jednak rzecz we wniosku, dotyczącym Podhajec, jest dla nas niezrozumiała. Oto w szpitalu tym przy 85 łóżkach wynosiło przepełnienie 30%, jakże więc wystarczy na jego potrzeby zmniejszona jeszcze liczba, 60 łóżek, projektowana dla nowego budynku? Jeżeli cyfra ta nie jest omyłką drukarską, to czyżby dotychczasowe doświadczenia z budową szpitali odrazu zbyt małych (Husiatyn, Tarnobrzeg) pozostały bez wpływu? (Podobne pytanie, choć mniej jaskrawo, nasuwało się już co do przebudowy oddziałów wewnętrznych w szpitalu krakowskim, gdzie projektuje się po 107 łóżek, choć liczba chorych dochodzi 130; zachodzi zresztą przytem jeszcze drugie pytanie, czy mianowicie zamiast przekraczać liczbę 100 łóżek na jednym oddziale, nie należałoby utworzyć trzeciego oddziału ze względów, o których obszerniej już pisaliśmy w »Przeglądzie lek.« w r. 1907).

Drugą większą planowaną, a konieczną, jest rekonstrukcya w Stanisławowie, daleka jednak jeszcze niestety od konkretnych wniosków, choć sprawa również jeszcze w r. 1910 była przez Dep. V. Sejmowi przedstawiona. W tej sprawie musi — łagodnie mówiąc — zadziwiać stanowisku Zarządu miasta, odmawiającego gruntu pod zakład, z którego przecież w pierwszym rzędzie korzysta ludność miejska.

Oprócz co do Podhajec znajdujemy w tym roku z zupełnie nowych wniosków propozycye dwu mniejszych rekonstrukcyi i rozszerzeń: w Jarosławiu i Kołomyi; reszta, są to same drobne roboty, przeważnie już dokonane lub w toku.

W czterech miastach sprawa nowych szpitali utknęła wskutek zalegania aktów gdzieś na biurkach referentów ministeryalnych. Mniejsza już nawet o szpitale w Nowym Targu i Horodence, które już stoją i mogą działać, choć brak im sankcyi, by stały się publicznymi i powszechnymi. Gorsze jest zabagnienie wogóle budów, projektowanych w Stryju i Nadwórnej, wskutek braku odpowiedzi Rządu, mającego uczestniczyć w kosztach, o czem już było powyżej. — Wreszcie w tej smutniejszej części bilansu szpitalnictwa krajowego, w rubryce rzeczy koniecznych, za konieczne uznanych, a dotąd niedokonanych, pomieścić należy wiadomość o 10 szpitalach, których potrzebę zatwierdził Wydział krajowy w ciągu ostatnich lat 9, a z których przez te 9 lat ani jeden budować się nie zaczął (prawie wszystkie powstać miały we wschodniej części kraju).

Do spraw szpitalnictwa należą, właściwie biorąc, także i zasiłki, udzielane lekarzom w służbie krajowej na studya i podróże naukowe, gdyż tylko jeden z zeszłorocznych stypendystów nie był lekarzem szpitalnym. O tych zasiłkach już w r. 1910 nasunęły nam się uwagi, streszczające się w tem, że niejedno-

krotnie mogliby stypendyści odbyć studya w kraju z niemniejszą korzyścią, niż zagranicą, i że domagać się trzeba publikowania składanych przez stypendystów Wydziałowi krajowemu sprawozdań, a nie od rzeczy byłaby w sprawozdaniu Dep. V. wzmianka, którzy stypendyści i jakie ogłosili prace naukowe. Publikowanie sprawozdań byłoby publiczną kontrolą ze zużytkowania publicznego grosza, zawsze pożyteczną, byłoby też połączone z korzyścią dla ogółu lekarzy, gdyby się stypendyści z nimi podzielić chcieli zebranemi spostrzeżeniami.

O pozostałym poza szpitalnictwem jedynym właściwie punkcie tegorocznego sprawozdania Dep. V., dotyczącym okręgów sanitarnych, nasuwa się uwaga, że tempo ich uzupełniania niewiele się przyspieszyło; oczywiście, że brak lekarzy, zwłaszcza brak chętnych do tej służby, nie zachęca do przyspieszenia tej akcyi, ale też, chcąc temu zaradzić i organizacyę sanitarną okręgową rychlej uzupełnić, trzeba byt lekarzy okręgowych znacznie poprawić. To też bardzo na czasie jest postanowienie Wydziału krajowego, by uregulować pobory służbowe lekarzy okręgowych. a wstawienie na ten cel już w r. b. większej kwoty do budżetu krajowego jest ważnym krokiem naprzód. Szkoda tylko, że cała sprawa okręgów sanitarnych dotknięta jest w sprawozdaniu tegorocznem bardzo krótko w przeciwieństwie do sprawozdania poprzedniego, w którem były dane, pozwalające zoryentować się w obecnem stadyum i postępach tej organizacyi. Tym razem brak zupełnie takich danych.

Co do ogólnego wrażenia, jakie sprawia tegoroczne sprawozdanie Dep. V., to streścić je można w tem, że w zakresie szpitalnictwa (któremu głównie jest ono tym razem poświęcone) znać nieustającą, stateczną dążność do udoskonalenia i postawienia istniejących już szpitali zwolna na równi ze szpitalnictwem Zachodu, widać starania o zaspokojenie potrzeb kraju przez przysporzenie liczby łóżek szpitalnych pomimo obecnych trudnych stosunków finansów krajowych. A że uwagi i postulaty, wychodzące z szerszych kół lekarskich, nie przemijają bez skutku i coraz częściej są przez Wydział krajowy brane w rachubę (jak to widać choćby z niektórych, w »Przeglądzie« poruszonych dawniej spraw), to nietylko przez szerokie sfery lekarskie musi być sympatycznie przyjęte, ale świadczy też o coraz ściślejszym stosunku wzajemnym, opartym na rosnącem wzajemnem zaufaniu. A to porozumienie tylko na dobro społeczeństwa wyjść może. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 7. II. b. r. posiedzenie, na którem w dyskusyi nad odczytem Prof. Jaworskiego przemawiali Doc. Latkowski i Prof. Lewkowicz. Prof. Kader wygłosił wykład o znieczulaniu zapomocą śródżylnego wstrzykiwania hedonalu i wykonał w tem znieczulaniu operacyę raka sutka. Następnie przedstawił szereg operowanych przez siebie chorych (laminectomia, appendectomia, resectio ventriculi, implantatioossis femoris). Prof. Bujwid przedstawił wyleczony przypadek tężca, który nasuwał trudności rozpoznawcze. Doc. Radliński przedstawił chorą, u której wyłuszczył mięsaka w znieczuleniu hedonalem, i chorego, u którego usunął kulę z jamy brzusznej.

Najbliższe posiedzenie w d. 14. II. odbędzie się w Domu Towarzystwa. Na porządku dziennym jest wykład, którego temat zainteresuje zarówno specyalistów, jak i lekarzy praktycznych.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 3. II. 1912 we Lwowie następującemi sprawami: Zakład kąpielowy w Nowosielcach, uznanie Bystrej za uzdrowisko, okręg sanitarny w Lubyczy królewskiej, docentura higieny w seminaryum prywatnem, taksa leczenia w szpitalu w Dolinie, rejon ochronny dla wodociągów w Tarnowie, sprawa szpitali fundacyjnych.

— W szpitalu OO. Bonifratrów w Krakowie leczono w r. 1911 chorych 1853 przez 34.704 dni; w ambulatoryach udzielono porady 38.752 osobom. Ponieważ obecny szpital na 100 łóżek okazuje się za mały i musi pospiesznie wydalać ozdrowieńców, przeto zamyśla konwent OO. Bonifratrów o utworzeniu domu dla ozdrowieńców na 20—30 łóżek, a przy nim pensyonatu dla zamożniejszych przewlekle chorych, o ile na to zbierze fundusze z ofiarności publicznej. W r. b. upływa 300 lat od założenia konwentu i szpitala w Krakowie przez Waleryana Montelupiego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Edmund Lipski, rodem z Radomia.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. uzupełnia wykaz składek na fundusz wdów i sierot po lekarzach (zamiast wieńca na trumnę śp. Prof. Biernackiego) kwotą 10 koron, złożoną przez Prof. Sieradzkiego.

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk przypomina o rozpisanym w listopadzie u. r. konkursie na prace naukowe na następujące tematy: 1) Zestawienie działalności jednej z rodzimych wód mineralnych z równorodzajową wodą pozakrajową. 2) Zróżniczkowanie wskazań do stosowania mechanoterapii w zdrojowiskach krajowych. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 3 maja 1912 r. Najlepsze dwie prace na tematy powyższe otrzymają każda po 500 k., nagrody. Prace nadsyłać należy pod adresem Zarządu krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk (Lwów ul. Czarnieckiego l. 6) z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

— Oprócz fundacyi im. Prof. St. Pareńskiego na zapomogi dla ubogich chorych opuszczających szpital św. Łazarza w Krakowie, a wynoszącej 10.000 k., przybyła krajowi podobna fundacya dla ozdrowieńców szpitala lwowskiego, im. śp. Dr Hoszarda (2.100 k.), oraz zapis na szpital w Czortkowie śp. Erazminy z Wiszniowskich Schattauerowej (realność).

— Medal pamiątkowy śp. Prof. Henryka Jordana jest do nabycia w Redakcyi »Wiadomości numizmatyczno-archeologicznych« (Muzeum Czapskich w Krakowie) w cenie 50 hal. za aluminiowy, 2 k. za posrebrzany, 2·50 k. za bronzowy, a 10 k. za srebrny.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. I. do 3. II, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych — † —), krztuśca 1 † 1, ospy wietrznej 7, płonicy 8 † 1 (1 † 1), odry 6, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Magistrat m. Warszawy, objąwszy w swój zarząd szpitale, upamiętnił ten ważny fakt wydaniem »Księgi pamiątkowej«, (648 str.), dającej obraz obecnego stanu szpitali i sprawozdanie z działalności Wydziału Dobr. publ. Magistratu za r. 1908/9.

— Epidemia ospy w Warszawie nie ustaje. Z początkiem stycznia pozostawało w szpitalu dla chorych zakaźnych 115 chorych na ospę, w styczniu przybyło 97, zmarło 27. (Med. i Kron. lek. Nr 5).

— Warszawa liczy według danych urzędowych 944 lekarzy praktykujących (1 na 809 mieszkańców), z tego 312 internistów, 127 chirurgów, 149 ginekologów, 131 pedyatrów, 46 neurologów, 33 okulistów, 96 dermatologów, 65 laryngologów. (Liczby te wydają się nieprawdopodobne, trudno bowiem przypuścić, by tak znaczne grupy lekarzy zajmowały się wyłącznie działami specyalnymi). Prócz tego było 322 dentystów (1 na 2373 mieszkańców). Położnych było 516, aptek 68. Etatowych łóżek szpitalnych ma Warszawa 2827 (jedno na 280 mieszkańców) i 146 miejsc dla położnic.

— Towarzystwo kolonii letnich postanowiło założyć w Ciechocinku kolonię leczniczą im. ś. p. Dr Markiewicza dla uczczenia jego pamięci.

— »Gazeta lekarska« (Nr 5) zwraca uwagę na kilka przypadków włośnicy (trichinosis), które spostrzegano w Warszawie w ostatnich tygodniach, a przypominając epidemię włośnicy w r. 1906, opisaną przez Chełchowskiego, podkreśla, że włośnica zdarza się u nas (w Warszawie) coraz częściej i nawołuje władze miejskie do budowy centralnej rzeźni i zorganizowania badania mięsa w sposób nowoczesny. — Te uwagi »Gazety lek.« nasuwają myśl, że włośnica może i gdzieindziej u nas na ziemiach polskich nie jest tak wyjątkowa, jak się powszechnie sądzi, tylko nie bywa rozpoznawana. Zdaje się, że w ostatnich latach zdarzały się jej przypadki w Zagłębiu dąbrowskiem. Słyszeliśmy też o przypadkach w Galicyi środkowej przed paru laty, które najprawdopodobniej były włośnicą. Zachodziłoby pytanie, czy też badanie mięsa co do włośnicy jest w Galicyi w większych miastach wykonywane w sposób dostateczny?

— Na odbytem zebraniu rocznem Polskiego Tow. okulistycznego wybrano na prezesa Dr Br. Ziemińskiego, na wiceprezesa Dr Cetnarowicza, na sekretarza oraz skarbnika Dr Paradowskiego, na członków komisyi rewizyjnej Drów: Beina, Czyżewskiego, Endelmana i Januszkiewicza.

— Wyszedł z druku podwójny zeszyt »Odczytów klinicznych«, wydawanych przez redakcyę »Gazety lekarskiej«, rozpoczynając seryę XIX tego nader pożytecznego wydawnictwa. Na zeszyt ten składają się prace Dr Alfreda Sokołowskiego: »O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych« i Dr Kijewskiego: »Współczesny stan chirurgii płuc«. Cena

tego zeszytu 80 kop., przedpłata roczna na 12 zeszytów — 4 ruble).

Łódź. Grasującą w Łodzi od r. z. epidemię ospy omawia Dr St. Skalski w łódzkim »Rozwoju« (Nr 18). Rozmiarów epidemii w całem mieście dokładnie liczbami określić nie można, wobec zniesienia urzędowej regestracyi przyczyn zgonów (!); następujące jednak zestawienie ze szpitala przy ul. Łąkowej, podane przez Dr Skalskiego, daje już jednak miarę, jak groźnie szerzy się epidemia. Mianowicie w r. 1911:

W miesiącu	Leczono	Umarło	% śmierteln.
Styczniu	8	2	25%
Lutym	8	1	12·5%
Marcu	15	3	20%
Kwietniu	18	5	27·8%
Maju	13	5	38·5%
Czerwcu	24	6	25%
Lipcu	26	3	11·5%
Sierpniu	39	12	30·8%
Wrześniu	51	10	19·8%
Październiku	50	16	32%
Listopadzie	40	8	20%
Grudniu	38	7	18·4%
Razem	330	78	23·6%

W styczniu zaś 1912 znajdowało się w szpitalu równocześnie znowu 30 osób chorych na ospę. Śmiertelność była największa wśród dzieci, dochodząc 36·3%, z dorosłych zaś padały ofiarą kobiety (20·2%) częściej, niż mężczyźni (15·9%). Mimo długiego już trwania i wyraźnego wzrostu epidemii nie uczyniło miasto prawie nic dla jej stłumienia. Szpital jest przepełniony, chorzy czekać muszą po kilka dni na swoją kolej przyjęcia (!), a mimo to nie zwiększono liczby łóżek dla ospowych; nie przeprowadzono szczepień gromadnych, ani rewakcynacyi, ani szczepień robotników, do czego są obowiązane zarządy fabryk. Dr Skalski nawołuje usilnie do podjęcia walki z epidemią, do szczepień ochronnych, odosabniania chorych, odkażania mieszkań i do zawiadamiania jaknajszybszego o każdym przypadku zachorowania.

Z różnych stron. W »Polskim Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« odbył się 4. II. (22. I.) wykład Prof. N. Cybulskiego z Krakowa: O pochodzeniu prądów czynnościowych w mięśniach. W czasie pobytu w Petersburgu przemawiał Prof. Cybulski przy odsłonięciu pomnika znakomitego fizyologa Tarchanowa, imieniem byłych uczniów.

— Dymisyami, które rząd rosyjski w r. z. zastosował wobec profesorów uniwersytetu, dotknięte zostały najbardziej wydziały lekarskie. W Moskwie pozbawił rząd stanowiska profesorów Minakowa, Rotha, Reina, Aleksińskiego, Serbskijego i 23 docentów wydziału lekarskiego. Opróżnione katedry zajęli: Grigorjew, Muratow, Wengłowski, Bezerowskij, Rybakow.

— Życiorysy ś. p. Prof. Biernackiego zamieściły »Münchener mediz. Wochenschrift« (pióra Dr Ebla) i »Wiener klinische Wochenschrift«.

— Znana księgarnia wydawnicza Ferdynanda Enkego w Stuttgarcie obchodziła jubileusz 75-letniego istnienia. Wydała ona 1094 dzieł treści lekarskiej. Szef firmy, Alfred Enke, otrzymał przed kilku laty honorowy doktorat medycyny uniwersytetu w Tübingen. X.

— Z badań 10.000 mumii starożytnych Egipcyan doszedł Smith do przekonania, że gruźlica i kiła były wtedy bardzo rzadkie. Próchnienie zębów wydarzało się u osób bogatych. Z innych cierpień napotkał Smith: nowotwory kości, dnę, kamienie moczowe i wątrobowe i wypadnięcie macicy i odbytnicy. X.

Mianowani: Dr. Jan Pruszyński, docent uniw. lwowskiego, nadetatowy ordynator szpitala św. Rocha w Warszawie, został mianowany ordynatorem etatowym.

Dr E. Suszkiewicz we Lwowie odznaczony został krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa.

Zmarli: Dr Jakób Rosenthal, starszy ordynator szpitala starozakonnych, radca stanu, w Warszawie w 67 r. ż.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 2. Cena 1·25 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Lutowy zeszyt »Kursów«, (wychodzących obecnie prócz niemieckiego także w wydaniu hiszpańskiem i rosyjskiem) zawiera, jak i w latach poprzednich, rozprawy z zakresu chorób krążenia i oddychania. Prof. A. Hoffmann pisze »O rozpoznawaniu osłabienia serca«, omawiając rozpoznawanie niedomogi ogólnej, rozpoznawanie niedomogi względnej i podstawy czynnościowego leczenia niedomogi krążenia. Prof. Staehelin zaś pomieścił w tym zeszycie pracę p. t.: »Powstawanie i leczenie dychawicy oskrzelowej«. W pracy tej zadziwiać musi brak wszelkiej wzmianki o sposobie, zastosowanym w pewnej formie dychawicy przez Nowotnego i Pieniążka i o uzyskanych tym sposobem wynikach. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1911.

Gazeta lekarska Nr 1—4. Dmochowski: Kilka myśli o istocie powstawania nowotworów (1—3). — W. Starkiewicz: Z kliniki tętniaka aorty: obraz kliniczny i różniczkowy zamknięcia światła żyły głównej i pęknięcia tętniaka aorty do niej (1—2). — W. Dąbrowski: Sprawozdanie Magistratu m. Warszawy za r. 1908 i 1909, oraz ważniejsze zamierzenia w dziedzinie szpitalnictwa (1). — Pruszyński: Ś. p. Edmund Biernacki (2—3). — I. Szmurło: O wskazaniach leczniczych w ostrem i przewlekłem ropieniu w jamie Highmora (3—4). — Drozdowicz: Leczenie twardzieli nosa i krtani zapomocą naświetlań promieniami Röntgena (4).

Medycyna i Kronika lek. Nr 1—4. Mutermilch i Hertz: Badania nad zawartością dopełniacza w normalnych i patologicznych cieczach ustroju (1—2). — Jakimiak: W sprawie odkażania skóry sposobem A. Grossicha (1). — Zarewicz: Zastosowanie emanacyi radowej (1—2). — J. Zawadzki: Ś. p. Edmund Faustyn Biernacki (2). — Bregman: W sprawie odruchów ścięgnowych w pląsawicy (2). — Kaufman: Rozwój pomocy akuszeryjnej (3). — Heiman: Leczenie zapaleń ucha (3—5). — Löwenstein: W sprawie doszczętnego operowania nowotworów złośliwych sutki (4).

Tygodnik lek. Nr. 1—4. Popielski: Teorya hormonów i wyciągi z narządów (1). — Herman: Współczesny stan nauki o bezgnilnem postępowaniu w chirurgii (1). — Spira: O konieczności dozoru lekarskiego nad narządem słuchowym u dzieci w ogólności, w szczególności zaś u dziatwy szkolnej (1—2). — Toczyski: Niezwykły przypadek obrażenia oka piorunem (2). — Sabatowski: O działaniu t. zw. »hormonalu« na ruch jelitowy (2). — Hejman: W sprawie postępowania lekarskiego w przypadkach ropnia na wyrostku sutkowym i t. d. (3). — Reis: O odczynie cysteinowym soczewek prawidłowych i chorobowo zmienionych (4). — K. Orzechowski i C. Meisels: Badania czynności narządów nerwowych wegetatywnych w padaczce (4).

Nowiny lekarskie Nr. 1. H. Święcicki: Kilka uwag do etyologii choroby Basedowa. — W. Jezierski: O leczeniu choroby Basedowa ze stanowiska internisty. — Panieński: O leczeniu choroby Basedowa. — Adam Karwowski: Promienie Roentgena przy chorobie Basedowa. — St. Łazarewicz: Kilka uwag o chorobie Basedowa ze stanowiska ginekologa i położnika. — Chłapowski: Znaczenie łykania powietrza jako czynnika w patogenezie nagłej rozstrzeni żołądka i zaciśnięcia ostrego dwunastnicy.

Przegląd chorób skórnych i wen. Nr 7—8 (1911). Krzyształowicz: Obraz histologiczny zmian w naciekach kiłowych po wstrzykiwaniach salwarsanu. — Serkowski: (c. d.).

Przegląd chirurgiczny i ginekol. Tom VI., Zesz. 1. Hubicki i Br. Szerszyński: Wpływ zespolenia pęcherza żółciowego

z kiszką na wątrobę i przewody żółciowe. — Marcinkowski: Powikłania chirurgiczne ropnych zapaleń jamy bębenkowej — Rotberg: Kilka słów w sprawie obłoniaka twardej opony mózgu.

Postęp okulistyczny Nr 11, 12 (1911). Noiszewski: Leczenie kataforezą galwaniczną ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki i pozaplamkowych w naczyniówce. — Szafnicki: Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego.

Kwartalnik stomatologiczny. Z. 1. Od Redakcyi. — Cieszyński: O odcinaniu wierzchołka korzenia. — Lippel: Stanowisko lekarza-dentysty wobec medycyny. — Mischke: Jama ustna a ustrój, ich wzajemny stosunek. — Schalit: Amputatio pulpae. — Praetzel: Plastyczne złoto Aleksandra dla inlayów. — Mischke: Kilka słów w sprawie techników dentystycznych. — Gruszczyński: W sprawie kształcenia dentystów w Królestwie Polskiem. — Schalit: Z okazyi jubileuszu Towarzystwa austryackich lekarzy-dentystów.

Kronika dentystyczna Nr 1. Zilz: O zastosowaniu formicyny przy amputacyi miazgi zębowej.

Zdrowie Z. 1. Dudrewicz: Mechaniczne filtry dla wody do picia dla wodociągów miejskich. — Dukalski: Rozwój zaufania u ludu do medycyny w ciągu ostatnich lat 20 w zachodniej części gub. kaliskiej. — Sikorska-Karydry: O zatruciach ołowiem w fachu garncarskim.

Przeglad higieniczny Nr 1. Bier: Potrzeby nadzoru nad żywnością. — Mołczański: Mechaniczne oczyszczanie wód ściekowych według systemu inż. Geigera.

Głos lekarzy Nr 1—2. Mikołajski: Sprawa lekarzy policyjnych. — Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie. — Uchwały XVII Wiecu Izb lekarskich. — Sprawy sanitarne w Sejmie. — Mączka: O kasie pogrzebowej lekarzy. — W sprawie techników dentystycznych. — Nowe obarczenie lekarzy rządowych. — Kubik: Ogrody robotnicze.

Słowo lekarskie Nr 1—2. Stahr: Stosunek naukowej pracy lekarskiej do zawodowej u nas. — Z parlamentu. — S. C.: Higiena przemysłu w Galicyi w świetle sprawozdań inspektoratów przemysłowych za r. 1910. — Reklama dla tajnego leku w parlamencie.—Sprawozdanie Wydziału Związku krajowego lekarzy.— Walne zgromadzenie Związku lekarzy okręgowych. — Urzędnicy państwowi i lekarze. — Jak się odnosi do lekarzy nowa niemiecka ordynacya ubezpieczenia społecznego? — Stan szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nasze Zdroje Nr 1—2. Rok III wydawnictwa (1). — Praschil: Określenie pojęcia wody mineralnej (1). — Turliński: O hotelarstwie w zdrojowiskach (1). — Szumowski: Drogi rozwoju Szczawnicy (2). — Mayer: O leczeniu sercowo chorych w Krynicy (2). — Uwagi i wskazania posezonowe.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 14. lutego 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Rosner: Z pogranicza ginekologii i chirurgii.

Rok LI. Kraków, dnia 17. lutego 1912. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

(Ciąg dalszy).

III. L. p. 288, 1808/9 M. T., 38-letnia żona robotnika z Mostków, przyjęta 2. stycznia 1909 o 10 rano. Rodziła 4 razy, zawsze bardzo ciężko nieżywe płody. Ostatni poród przy pomocy wymóżdżenia w lutym 1905. Daty ostatniego peryodu i ruchów nie pamięta. Bole porodowe zaczęły się 1. stycznia wieczorem, poczem po zbadaniu wewnętrznem przez wiejską babkę, zgłosiła się rodząca do szpitala. Badanie wykazało lichą budowę i złe odżywienie. Ciepłota 38·2, tętno 124 na min. słabo napięte, twarz zapadła, kończyny dolne zimne, brzuch wzdęty, macica położona głównie po prawej stronie brzucha, stale obkurczona, składająca się z 2 części: górnej, grubej i twardej, silnie obkurczonej, i dolnej, leżącej więcej na lewym talerzu biodrowym o cienkich ścianach, prawie się nie kurczących, przez które czuć bardzo dokładnie główkę płodu. Granica między niemi (pierścień skurczowy) leży na wysokości 2 palców poniżej pępka i przebiega od strony lewej i góry ku prawej i dołowi. Płód w położeniu czaszkowem pierwszem zaklinowanem, żywy; część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte. Odchodzi woda zmieszana ze smółką. Miednica krzywicza, znacznie zwężona, podobna do miednicy przy zmięknieniu kości (pelvis pseudo-osteomalacica). Jej wymiary są:

D. spin.	19	cm.
D. crist.	20	»
D. troch.	24	»
C. ext.	18	»
C. diag.	$7^1/_2$	»
C. vera (Bylicki)	$5^1/_2$	»

Długość dzióba po prawej $4^1/_2$ cm., po lewej 6 cm., największa szerokość dzióba 5 cm.

Wobec powyższego zwężenia jedyną możliwością rozwiązania było cięcie cesarskie, wobec zaś porodu zaniedbanego i wyraźnych objawów istniejącego już zakażenia, odpadał sposób wykonania cięcia cesarskiego klasycznego, sposób Sellheima i Pfannenstiela, pozostawał jedynie sposób Frommego lub przetoka maciczna brzuszna Sellheima. Wybrano pierwsze z nich.

W spokojnem uśpieniu chloroformowem przy ułożeniu zwisłem według Trendelenburga, poprowadzono cięcie w linii środkowej, sięgające ku górze na 2 palce niżej pępka, ku dołowi zaś do spojenia łonowego. Po rozsunięciu mięśni prostych otwarto jamę brzuszną cięciem środkowem. W ranę wstawia się macica, na której widać bardzo wyraźnie pierścień skurczowy. Nad nim obkurczona, gruba ściana, pod nim ściana tak cienka, że wydaje się, jakby główka pokryta była tylko otrzewną. Pęcherz wystercza nad spojenie na 11 cm. Otrzewna przechodzi nań z przedniej ściany brzusznej, pokrywa jego przednią ścianę na przestrzeni $7^1/_2$ cm., dno i ścianę tylną na przestrzeni $3^1/_1$ cm. Następnie zagina się na macicę, leży wolno na jej dolnym odcinku na przestrzeni 4 cm., poczem w okolicy pierścienia skurczowego zrasta się silnie z jej ścianą. Poniżej zatoki pęcherzowo-macicznej jest jeszcze ściana macicy utrzymana na przestrzeni 7 cm., aż do brzegu rozwartego zupełnie ujścia zewnętrznego, poczem wprost przechodzi w ścianę pochwy. Długość więc ściany dolnego odcinka po odsunięciu pęcherza wynosi od pierścienia skurczowego do brzegu ujścia 11 cm. Tylna ściana pęcherza pokryta jest w górze otrzewną na przestrzeni $3^1/_2$ cm., poczem na przestrzeni 7 cm. stoi w luźnym związku ze ścianą dolnego odcinka.

Po otoczeniu kompresami pola operacyjnego nacięto otrzewnę maciczną w linii środkowej i odsunięto w dół pęcherz moczowy. Dla uzyskania otworu, odpowiadającego mniej więcej główce płodu, musiano otrzewnę naciąć nieco powyżej pierścienia skurczowego, poczem połączono ciągłym szwem katgutowym brzegi przeciętej otrzewnej macicznej i ściennej, wyłączając przez to wolną jamę brzuszną. Następnie nacięto w linii środkowej ścianę dolnego odcinka macicy, przyczem, nie chcąc dochodzić aż do samej pochwy, przecięto pierścień skurczowy na 1 cm. w górę. Powstał wskutek tego otwór 11 cm. długi, niedochodzący na 1 cm. do brzegów ujścia zewnętrznego. Krwawienia dotąd nie było. Po przecięciu ściany macicy brzegi rany prawie się nie rozchodzą, dopiero przy następnym bolu naciskająca główka rozsuwa je na $1-1^1/_2$ cm.

Wobec niebezpieczeństwa grożącego matce i płodowi, założono kleszcze Madurowicza i wydobyto płód, przyczem główka i barki z trudnością tylko przeszły przez otwór. Szew łączący blaszki otrzewnej nie puścił nigdzie, tak, że poród płodu i odpływ cuchnącej wody odbyły się zewnątrzotrzewnie.

Po porodzie płodu pozostaje dolny odcinek bez zmiany i nie kurczy się wcale; wnętrze jego jest pokryte brudnoszarym nalotem, silnie trzymającym się ściany (endometritis necrotica); macica kurczy się leniwo, mimo wstrzyknięcia ergotyny.

W dwie do trzech minut po porodzie płodu silny krwotok przez ranę. Zabieg Credégo nie udaje się. Wobec tego wydobyto ręką łożysko. Pomimo tego i mimo nacierania macicy nie kurczy się ona zupełnie, tworząc worek, sięgający prawie do wysokości łuków żebrowych. Za-

ledwie gdzieniegdzie w trzonie wyczuć można skurcze pojedynczych włókien mięśni. Wobec takiego stanu nie pozostawało nic innego, jak usunięcie całej macicy. Po zatkaniu tamponem otworu w jej dolnym odcinku, puszczono szew otrzewny, wyciągnięto macicę przed powłoki brzuszne, podwiązano jej boczne więzadła i tętnice i odcięto ją nadpochwowo sposobem Fritscha, tamponując równocześnie pochwę gazą vioformową; nad tem zamknięto jamę brzuszną, zostawiając seton w dolnym biegunie rany. Operacya trwała 55 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. 16 stycznia wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

Płód donoszony, żywy, choć ciężko omdlały, żył przez tydzień, 8. stycznia umarł na atrofię.

IV. L. p. 347, 1908/9. P. N. 38-letnia żona robotnika z Kulparkowa, przyjęta 23 stycznia 1909. Rodziła 4 razy, zawsze prawidłowo, ostatni raz przed 3 laty. Ostatnią regularność miała w lipcu 1908, daty ruchów płodu nie pamięta. Od lata skarży się na ból w kościach, od listopada 1908 straciła władzę w nogach. Badanie wykazało: Chora wynędzniała, licho zbudowana, nie może chodzić, a w łóżku porusza się z wielką trudnością. Mostek, żebra, kości udowe i miednica przy ucisku podatne i bardzo bolesne, inne kości klinicznie bez zmian. Kręgosłup wygięty, tak, że łuk żebrowy prawie dotyka górnego brzegu kości biodrowych, wskutek tego brzuch znacznie wydęty i obwisły. W płucach objawy rozlanego nieżytu oskrzelowego. Serce usunięte do góry, przepona wysoko ustawiona. Macica przy końcu ciąży, płód żywy, znacznie ruchomy. Część pochwowa utrzymana, wewnętrzne ujście zamknięte. Miednica typowa dla zmięknienia kości z wchodem kształtu liścia koniczyny; jej wymiary wynoszą:

D. spin.	19 cm.
D. crist.	23 »
D. troch.	25 »
C. ext.	18 »
C. diag.	11 »
C. vera (Bylicki)	$9^1/_2$ »

Długość dzióba 5 cm., szerokość dzióba $2^1/_2$ cm., wymiar prosty wchodu zdatny do porodu (con. vera — długość dzióba) równa się $4^1/_2$ cm. Wymiar prosty wychodu 9 cm., wymiar poprzeczny wychodu $6^1/_2$ cm.

Wobec braku jeszcze czynności porodowej i czasu, który pozostawał do końca ciąży, starano się wpłynąć leczniczo na zmięknienie kości zapomocą wstrzykiwań podskórnych adrenaliny według zasad podanych przez Bossiego. W ciągu ośmiu dni wstrzyknięto w ten sposób ogółem $4^1/_2$ cm^3 rozczynu adrenaliny 1—1000 (takamine Parke-Dawis). Polepszenie bardzo dobrze widoczne. Dalszych wstrzykiwań musiano jednak zaprzestać ze względu na groźne zaburzenia występujące po wstrzykiwaniach. Przy następowem podawaniu fosforu stan chorej pozostał bez zmiany. 6. marca po dreszczu wystąpiła gorączka 39^0, a badanie wykazało zapalenie dolnego płatu prawego płuca, co w połączeniu z rozlanem zapaleniem obustronnem oskrzeli i uciskiem od strony przepony wywołało duszność bardzo znaczną. 7. marca o godz. 7. wieczór pękł pęcherz płodowy jeszcze bez wyraźnych bolów porodowych i odpłynęły wody. Gdy jednak pomimo to duszność zwiększała się ciągle, okazało się koniecznem rozwiązanie »ex indicatione vitali«. Wśród gorączki 40^0 przystąpiono o godz. $^1/_2$-9 wiecz. do operacyi. W spokojnem powierzchownem uśpieniu chloroformowem w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, poprowadzono cięcie w linii środkowej, sięgające ku górze na 2 palce niżej pępka, ku dołowi do spojenia łonowego. Po rozsunięciu mięśni prostych wstawia się w ranę pęcherz moczowy. Wypełniony 150 cm^3 rozczynu boru, wystercza na 7—8 cm. nad spojenie łonowe. Otrzewna pokrywa jego przednią ścianę na przestrzeni 3—$3^1/_2$ cm., dno i ścianę tylną na przestrzeni około 2 cm., poczem zagina się ku górze i o 3 cm. wyżej zrasta się ściśle ze ścianą macicy w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek długości 11 cm. jest w górnych 3 cm. pokryty otrzewną, luźnie z nim połączoną, w dolnych zaś 8 cm. przylega luźnie do ściany pęcherza moczowego.

Po odsłonięciu pęcherza odsunięto go bez żadnych trudności na prawo (sposobem Latzki), nie naruszając związku otrzewnej z dnem, przyczem prócz nieznacznego krwawienia z naddartej żyły, łatwego do opanowania, nie ma żadnych powikłań. Następnie odsunięto załamek otrzewnej ku górze i w linii środkowej nacięto dolny odcinek macicy cięciem 10 cm. długiem, zaczynającem się prawie od pierścienia skurczowego, a kończącem na 1 cm. wyżej ujścia zewnętrznego. Po nacięciu brzegi rany prawie się nie rozchodzą.

Teraz wydobyto łatwo płód, znaleziony w położeniu miednicowem; po jego urodzeniu macica obkurcza się w trzonie, podczas gdy dolny odcinek pozostaje bez zmiany. W minutę później wypełnia on się krwią, napływającą obficie z jamy macicy wobec bardzo leniwych kurczeń się trzonu, mimo wstrzyknięcia ergotyny. Gdy zabieg Credégo nie wiedzie do celu, wydobyto łożysko ręką, a gdy miesienie trzonu stosunków nie polepsza, wytamponowano całą jamę macicy gazą vioformową, przeciągając jej koniec do pochwy. Przez cały ten czas zachowywał się dolny odcinek zupełnie biernie.

Nad gazą połączono brzegi rany macicznej szeregiem katgutowych szwów węzełkowych i ciągłym szwem pokrywającym, poczem wprowadzono trochę gazy w okolicę oddzielonego pęcherza moczowego i zamknięto powłoki brzuszne.

Operacya trwała 48 minut. Po operacyi podmiotowo znaczna ulga. Pomimo to jednak stan płuc się nie polepsza, a gorączka nie opada. Następnego dnia o godzinie 4 popoł. chora umarła.

Sekcya (Doc. Dr Nowicki) wykazała: »Status post sectionem caesaream extraperitonealem cervicalem lege artis factam. Tamponada uteri et cavi cervicis. Bronchiectases congenitales totius lobi inferioris pulmonis sinistri. Hyperaemia et emphysema pulmonis dextri. Bronchopneumonia dispersa pulmonis dextri. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa organorum. Myocarditis chronica fibrosa papillaris. Osteomalacia. Medulla ossis rubra».

Ze szczegółowego protokołu sekcyjnego wyjmuję najważniejsze części.

Płuco lewe zapomocą zrostów dość zbitych w tylnej części do klatki piersiowej przyczepione. Płuco to małe, górny jego płat o brzegach zaokrąglonych, zabarwienia szarawego, zbitości puszystej. Cały dolny płat konsystencyi skórzastej, na przekroju nie zawiera powietrza i składa się z jam, wyścielonych błoną śluzową, łączących się ze sobą. Błona śluzowa wyścielająca jamy jest ciemno-szara, pokryta śluzem z małą domieszką ciałek ropnych. Płuco prawe, wolne, nieprzyrośnięte, duże, brzegi wyraźnie zaokrąglone, na przekroju wylewa się ciecz pienista. Błona śluzowa oskrzeli pokryta śluzem z nieznaczną domieszką ropy.

Jama brzuszna: Otrzewna gładka, lśniąca, w dolnej części widać jelita cienkie, po których odchyleniu przedstawia się macica, sięgająca powyżej pępka, nachylona na stronę prawą. W przedniej części brzucha pod mięśniami zewnątrzotrzewnie, jama wypełniona gazą. Otrzewna nie otwarta. Po wyjęciu macicy widać, że pęcherz jest w tylnej swej części odłuszczony od strony lewej i przesunięty na prawą, wierzchołek trzyma się w odpowiedniem miejscu. Po jego otwarciu błona śluzowa zmian nie przedstawia. Moczowód lewy na całej przestrzeni drożny, daje się z niego wycisnąć płyn lekko mętnawy, taksamo moczowód prawy. W przedniej części szyjki macicy znajdują się szwy, założone po cięciu chirurgicznem. Długość cięcia 8·80 cm. Błona śluzowa szyjki i macicy przedstawia zwykłe zmiany porodowe.

Przypadek powyższy, wykazujący dowodnie, że cesarskie cięcie zewnątrzotrzewne sposobem Latzki możliwe jest nietylko podczas porodu, ale i przy końcu ciąży, nie może naturalnie obciążać statystyki operacyjnej, gdyż operowany ze wskazań życiowych w nadzwyczaj ciężkim stanie ogólnym skończył się śmiertelnie bez związku z operacyą, ściśle mówiąc nawet pomimo niej. Zapalenie płuc u osoby, która wobec zmian wrodzonych miała i tak tylko jedno płuco czynne, przy równoczesnym ucisku narządów klatki piersiowej wskutek zmian w kościach i powiększenia brzucha, musiało się naturalnie skończyć śmiercią bez względu na sposób postępowania.

Płód w przypadku powyższym prawie donoszony, wagi 2900 gram dług. 49 cm., wydobyto żywy, choć ciężko omdlały. Dał się utrzymać przy życiu.

V. L. p. 532, 1908/9. H. S. 36-letnia żona rębacza ze Lwowa. Przyjęta 26 marca 1909 o godz. 9. rano. Rodziła 5 razy. Pierwsze cztery razy przy pomocy lekarskiej, płody martwe, ostatni raz po przecięciu prawej kości łonowej, płód żywy. Zgłasza się jako rodząca od około 12 godz. po pęknięciu pęcherza płodowego. Badanie wykazało: Chora wątła, źle odżywiona, ciepłota 37·4°, tętno 96 na minutę. Płód żywy w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem, pochwa krótka, w jej górnej połowie rozległe twarde blizny, położone szczególnie od przodu i po stronie prawej, zrośnięte z kością. Pochwa ku górze lejkowato zwężona, przechodzi w zaledwie zaznaczoną część pochwową z głębokim wrębem po stronie prawej, łączącym się z blizną pochwową. Ujście zewnętrzne zamknięte, o brzegach bardzo twardych, bliznowatych. Nad spojeniem łonowem po stronie prawej blizna wielkości dużej fasoli zrosła z kością, pod nią na kości łonowej czuć miejsce przecięcia linijne niezgrubiałe, w jego środku na przestrzeni około 1. cm. rozstęp kości na 2—3 cm.

Wobec przebiegu ostatniego porodu, pomimo istniejącego już stanu podgorączkowego, postanowiono czekać na razie, gdy jednak do wieczora poród nie postępował, ujście stale było zamknięte, wystąpiły dreszcze, ciepłota podniosła się do 38·7°, a pierścień skurczowy wystąpił wyraźnie na 3 palce nad spojeniem łonowem, okazała się konieczność rozwiązania. Z powodu rozległych blizn w pochwie i szyi macicy nie można było myśleć o ponownem przecięciu kości łonowej, rozszerzeniu ujścia i cesarskiem cięciu pochwowem. Z tych samych przyczyn nie można było wykonać pomniejszenia główki płodu, choć ten już nie żył podówczas. Cesarskie cięcie klasyczne było wobec wyraźnych objawów zakażenia zanadto ryzykownym zabiegiem tak, że jedyne szanse powodzenia dawało cięcie cesarskie nadłonowe. Wykonano je o godz. $7^1/_4$ wieczorem (Dr Kalmus-Schneidrowa). W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem według Trendelenburga poprowadzono w linii środkowej cięcie, sięgające ku górze na 2 palce poniżej pępka, ku dołowi do spojenia łonowego. Po rozsunięciu mięśni prostych widać pęcherz, wypełniony 100 cm³ rozczynu kwasu borowego, sięgający dnem na 10 cm. nad spojenie łonowe. Otrzewna zachodzi na pęcherz od przodu na 2 cm., pokrywa jego dno i tylną ścianę na przestrzeni 7 cm. i zagina się na macicę, z którą zrasta się ściśle o 8 cm. powyżej, w miejscu pierścienia skurczowego. Postępując według zasad Latzki, odpreparowano lewy bok pęcherza i odsunięto go łatwo na prawo, załamek zaś otrzewnej ku górze, wskutek czego odsłania się wygodnie dostępna przednia ściana dolnego odcinka i sklepienie pochwowe. Nacięto ją w linii środkowej w długości 10 cm., przyczem krwawi z przeciętego naczynia w górze rany od strony prawej. Krwawienie to łatwo opanowano. Rana maciczna prawie się nie rozchodzi, pod nią widać główkę płodu nieustaloną. Kleszczami Hohla wydobyto płód martwy, bez żadnych trudności i bez naddarcia rany. Po jego porodzie widać wyraźnie dolny odcinek, nie kurczący się wcale, jako torbę wielkości głowy dziecka. U góry jego wejście do właściwej jamy macicy, ograniczone pierścieniem skurczowym, do którego wyłącznie dochodzi cięcie, u dołu zamknięte ujście zewnętrzne oddalone o 1 cm. od dolnego bieguna cięcia. W ujście to włożono kleszczyki i rozszerzono powoli do wielkości guldena. Podczas tego trzon macicy kurczy się nieźle i krwawienia nie ma, dopiero w 7 minut po porodzie dziecka występuje obfity krwotok z jamy macicy, zalewający pole operacyjne, a trzon rozkurcza się mimo wstrzyknięcia ergotyny. Gdy zabieg Credégo nie wiedzie do celu, wydobyto łożysko ręką, poczem wypełniono całą macicę szczelnie gazą vioformową, przeprowadzając jej koniec do pochwy. Następnie zeszyto ranę w szyi macicy szeregiem katgutowych szwów węzełkowych i ciągłym szwem pokrywającym. W końcu zamknięto ranę w powłokach brzusznych, pozostawiając seton z gazy vioformowej. Operacya trwała 68 minut.

Po operacyi stan ciężki, dalszy jednak przebieg prawidłowy, prócz stanu podgorączkowego, utrzymującego się przez 9 dni. 30 kwietnia wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

VI. L. p. 583, 1908/9. M. W., 35-letnia żona kolportera ze Lwowa, przyjęta 13. kwietnia 1909 o godz. 4. pop. Rodziła 3 razy płody martwe, zawsze przy pomocy lekarskiej, ostatni raz w 1906 r. po nieudałem, z powodu zranienia pęcherza, cięciu przyłonowem. Ostatni peryod skończyła 30 czerwca 1908 r., ruchy poczuła 19 listop. 1908 r. Jako dzień zastąpienia podaje 7 lipca 1908 r. Bole od 2 godzin. Badanie wykazało: Osoba licho zbudowana i odżywiona, w początku I. okresu porodu z położeniem płodu czaszkowem, drugiem, nieustalonem, zanikłą częścią pochwową i ujściem na 5 koron rozwartem. Miednica płaska, jej wymiary wynoszą:

D. spin.	23	cm.
D. crist.	27	»
D. troch.	32	»
C. ext.	19	»
C. diag.	9	»
C. vera (Bylicki)	$7^1/_2$	»

Wobec przebiegu poprzednich porodów przystąpiono odrazu do wykonania cięcia cesarskiego. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w położeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm³ rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie w linii środkowej od pępka do spojenia łonowego (Dr Hermelin). Po rozsunięciu mięśni prostych widać pęcherz, wysterczający 5 cm. nad spojenie łonowe. Otrzewna zachodzi na 3 cm. na jego przednią ścianę, pokrywa dno i ścianę tylną na przestrzeni $1^1/_2$ cm., poczem na przestrzeni 5 cm. leży luźnie na dolnym odcinku macicy, z którym zrasta się powyżej w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek słabo wykształcony, o ścianach grubości 2—4 mm., jest w górnych 5 cm. pokryty otrzewną, w dolnych 6 cm. (aż do ujścia zewnętrznego) przytyka bezpośrednio do tylnej ściany pęcherza.

Z całą łatwością odsunięto pęcherz na prawo, a załamek otrzewnej ku górze, przez co odsłonięto bezkrwawo przednią ścianę macicy, nacięto ją w linii środkowej, zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc 2 cm. ponad ujściem zewnętrznem. Powstał więc otwór 9 cm. długi, którego brzegi nie rozszerzają się zupełnie. W górze tego cięcia krwawi z 2 naczyń. Po obszyciu ich nie ma już krwawienia aż do końca operacyi.

Wstawiającą się główkę wydobyto kleszczami Madurowicza, przyczem naddarła się rana maciczna w górnym biegunie na $^1/_2$ cm., wskutek czego pękła otrzewna na poprzek na przestrzeni 8—9 cm. Pęknięcie to zeszyto zaraz ciągłym szwem katgutowym.

Po porodzie dziecka, pod wpływem ergotyny obkurcza się trzon doskonale, podczas gdy dolny odcinek pozostaje bez zmiany. Po 8 min. wygnieciono łożysko sposobem Credégo, poczem mimo braku krwawienia wypełniono

macicę gazą vioformową, przeprowadzając koniec jej do pochwy. Następnie zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym. W końcu zamknięto ranę w powłokach brzusznych, pozostawiając sączek w dolnym jej biegunie.

Operacya trwała 77 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. 11 maja wyszła pacyentka do domu z macicą prawidłowo zwiniętą, w przodozgięciu, nieco uniesioną ku górze, przyrosłą swą szyją do blizny pooperacyjnej.

Płód donoszony, żywy, wagi 2960 gram., dług. 47 cm., utrzymano przy życiu.

VII. L. p. 998, 1908/9. M. S. 21-letnia żona zarobnika z Gajów, przyjęta 19 sierpnia 1909 o godz. 4. pop. Rodziła raz przed półtora rokiem kleszczowo martwy płód, poczem przebyła 2-miesięczne zakażenie połogowe. Ostatni peryod w początkach grudnia 1908 r., ruchy poczuła w końcu marca 1909 r. Badanie wykazało: Karlica wzrostu 120 cm., miernie odżywiona, przy końcu ciąży, z żywym płodem, w położeniu czaszkowem pierwszem, nieustalonem. Czynności porodowej brak. Miednica ogólnie zwężona, jej wymiary są następujące:

D. spin.	20 cm.
D. crist.	21 »
D. troch.	28 »
C. ext.	15 »
C. diag.	10½ »
C. vera (Bylicki)	8½ »
Wymiar prosty wychodu . .	8 »
» poprzeczny	8 »

Chorą pomieszczono na oddziale ciężarnych. Zgłosiła się na salę porodową 21 sierpnia o 8 rano podając, że już od 6 godzin ma bole porodowe. Badanie wykazało ujście zupełnie rozwarte, wobec czego odrazu przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza moczowego, nacięto skórę i powięź brzuszną łukowato poprzecznie, według Pfannenstiela. Po odsunięciu powięzi ku górze, a rozsunięciu mięśni prostych w linii środkowej, widać pęcherz, wysterczający 5 cm. ponad spojenie łonowe, położony więcej od strony prawej. Otrzewna zachodzi wprost na jego dno, pokrywa następnie tylną ścianę na przestrzeni 5 cm., zagina się ku górze i leży luźno na dolnym odcinku, z którym zrasta się o 11 cm. powyżej. Poniżej tego głębokiego załamka pozostaje zaledwie 1 cm. odległości do ujścia zewnętrznego.

Odpreparowanie lewego brzegu pęcherza nie udaje się, a natomiast naddziera się przytem otrzewna, wskutek czego postanowiono operować dalej sposobem Pfannenstiela. Otwarto więc w linii środkowej otrzewnę ścienną i maciczną i nacięto dolny odcinek w długości 11 cm., zaczynając od pierścienia skurczowego, kończąc na 1 cm. wyżej ujścia. W ranę wstawia się nienaruszony pęcherz płodowy, a po jego przebiciu ruchoma główka. Podłożono pod nią rękę i wydobyto uciskiem na dno macicy.

Pod wpływem ergotyny kurczy się prawidłowo trzon, szyja zaś pozostaje bez zmiany. W 3 min. po porodzie dziecka, wobec krwawienia z jamy macicy, wyciśnięto łożysko sposobem Credégo, poczem wypełniono jamę macicy gazą vioformową. W końcu zeszyto ranę dolnego odcinka szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym i zamknięto otwór w powłokach brzusznych, bez sączka. Operacya trwała 41 minut.

Przebieg pooperacyjny prócz stanu podgorączkowego i jednodniowej gorączki 39·4°, prawidłowy. Rana zgojona doraźnie, pacyentka wyszła 18 września jako zdrowa, z prawidłową macicą w przodozgięciu bez wykazalnych zrostów.

Płód żywy, donoszony, wagi 2880 gram., długości 48 cm., utrzymany przy życiu.

VIII. L. p. 1023, 1908/9. E. B., lat 33, z Lubienia wielkiego, przyjęta 25 sierpnia 1909 o godz. 9 rano. Rodziła 3 razy; pierwszy raz w roku 1904 kleszczowo, płód martwy, drugi raz w roku 1906 przy pomocy wymóżdżenia, trzeci raz 3. kwietnia 1907 r. płód żywy za pomocą cięcia cesarskiego. Ostatni peryod 2—5 grudnia 1908 r., ruchy poczuła 10 kwietnia 1909 r. Badanie wykazało: Noga lewa krótsza z powodu zmian w stawie kolanowym na tle zadawnionego zwichnięcia, na brzuchu blizna w linii środkowej. W powiększonej macicy płód żywy, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem. Część pochwowa utrzymana. Oba ujścia drożne dla palca. Miednica skośnie zwężona tak, że lewa strona jest znacznie mniejsza; jej wymiary wynoszą:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	27 »
D. troch.	32 »
C. ext.	16½ »
C. diag.	9 »
C. vera (Bylicki)	7 »

10 września o godz. 8. wiecz. wystąpiły bole porodowe. W 4½ godz. później, przy ujściu na guldena rozwartem i utrzymanym pęcherzu przystąpiono do wykonania cięcia cesarskiego. W spokojnem uśpieniu chloroformowem i ułożeniu zwisłem według Trendelenburga, przecięto powłoki brzuszne w linii środkowej na ½ cm. na lewo od blizny, zaczynając na 2 palce poniżej pępka, a kończąc tuż nad spojeniem łonowem. W miejscu tem tuż pod skórą napotyka się twardą bliznę, wśród której widać tu i owdzie pojedyncze włókna mięsne. Mięśni prostych jako takich niema w obrębie rany. Po mozolnem rozpreparowaniu blizny dochodzi się do pęcherza moczowego, wypełnionego 150 cm³ rozczynu kwasu borowego; leży on wśród tkanek prawidłowych, poza obrębem blizny i wystercza nad spojenie łonowe na 5 cm. Otrzewna pokrywa 1 cm. jego przedniej ściany, dno i 5 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze, leżąc luźno na dolnym odcinku, z którym zrasta się o 9 cm. powyżej. Dolny odcinek długości 13 cm. od ujścia do pierścienia skurczowego.

Postępując według zasad Latzki, odsunięto pęcherz na prawo, a załamek otrzewnej ku górze i nacięto przednią ścianę dolnego odcinka w długości 10 cm., zaczynając od pierścienia skurczowego. Przy tem przecięciu nieznaczne krwawienie tętnicze.

W ranę wstawia się nienaruszony pęcherz płodowy, a po jego przebiciu główka. Podsunięto pod nią rękę i wydobyto uciskiem na dno macicy.

Pod wpływem ergotyny kurczy się trzon macicy, dolny zaś odcinek pozostaje bez zmiany. Wkrótce po porodzie dziecka krwawienie z wnętrza macicy. Gdy zabieg Credégo nie wiedzie do celu, wydobyto łożysko ręką, poczem wypełniono jamę macicy gazą vioformową, przeciągając koniec jej przez ujście do pochwy. Następnie zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym.

Teraz dopiero powyżej linii szwów otwarto jamę otrzewnej. Widać w niej obkurczony trzon macicy, zrośnięty potężną poprzeczną blizną z przednią ścianą brzucha. Nie ruszając tej blizny, wycięto oba jajowody i pokryto rany otrzewną, wypełniając przez to życzenie operowanej, która tylko pod warunkiem ubezpłodnienia jej zgodziła się na cięcie cesarskie.

W końcu zamknięto w zwykły sposób otrzewnę i powłoki brzuszne. Operacya trwała 61 min.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Ciepłota ani razu nie doszła do 37°. Rana zgojona doraźnie. 30 września wypuszczono pacyentkę jako zdrową, z prawidłową macicą, bez wykazalnego zrostu w dolnym odcinku.

Płód żywy, donoszony, wagi 3200 gram., długości 48 cm. utrzymano przy życiu.

IX. L. p. 1106, 1908/9. K. M., 27-letnia służąca z Kulparkowa, przyjęta 8 września o godz. 6 wiecz. Po raz pierwszy w ciąży. Ostatni peryod 15 grudnia 1908 r. Badanie

wykazało: Osoba dobrze zbudowana, miernie odżywiona, przy końcu ciąży, z żywym płodem w położeniu czaszkowem drugiem. Część pochwowa utrzymana, ujście zamknięte. Miednica prawidłowa, jej wymiary wynoszą:

D. spin.	26 cm.
D. crist.	29 »
D. troch.	32 »
C. ext.	21 »
C. diag.	12 »
C. vera (Bylicki) . .	10—10$^1/_2$ »

Chora, pomieszczona na oddziale ciężarnych, zachowywała się początkowo prawidłowo. 15 września w południe zauważyła kilka plamek krwi, na które nie zwracała uwagi. Wieczorem o 11$^1/_2$, po 10—15-minutowej nieobecności na sali, znaleziono ją w wychodku zemdloną w kałuży krwi. Docucona przedstawiała obraz bardzo znacznej niedokrwistości. Blada jak papier, ziewająca, z oddechem szybkim powierzchownym, tętnem niewyczuwalnem, kończynami zimnemi, mdlała co chwila. Badanie wykazało krwawienie z pochwy, brak czynności porodowej, przy ujściu zaledwie drożnem dla palca, tuż nad ujściem łożysko. Do błon nigdzie dojść nie można. Objawów życia płodu brak.

Wobec powyższego stanu nie ulegało wątpliwości, że nawet mała utrata krwi, niemożliwa do uniknięcia przy jakimkolwiek sposobie przeprowadzenia porodu drogą naturalną, będzie śmiertelną dla matki. A gdy równocześnie wobec braku krwawień ciążowych i wobec pierścienia skurczowego na dolnej granicy dolnego odcinka (physiologische Strictur) należało przypuszczać rozwój dolnego odcinka z trzonu macicy (według teoryi Bayera), co specyalnie usposabiało do pęknięć szyi, pozostawało do rozwiązania jedynie cięcie cesarskie, jako zabieg najmniej krwawy. Wybrano postępowanie zewnątrzotrzewne, aby módz dostać się bezpośrednio do krwawiącego miejsca łożyskowego.

Podczas przygotowań do operacyi wystąpiły bole porodowe i wzmogło się krwawienie. Opanowano je założeniem balonu pochwowego. 35 min. po północy przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 150 cm^3 rozczynu kwasu borowego, nacięto powłoki brzuszne w linii środkowej od pępka do spojenia łonowego. Po rozsunięciu mięśni prostych wstawia się pęcherz moczowy, wysterczający zaledwie 2 cm. ponad spojenie, tak, że odpreparowanie go i odsłonięcie dolnego odcinka odbywa się w głębi poza spojeniem, co stwarza znaczne trudności. Otrzewna okrywa $^1/_2$ cm. jego przedniej ściany, dno i 5 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i zrasta ze ścianą macicy o 8 cm. wyżej.

Po odsunięciu pęcherza na bok ku stronie prawej, a załamka otrzewnej ku górze, widać cały dolny odcinek, który podczas bolu kurczy się i wydłuża, a podczas przerwy wiotczeje. Pierścienia skurczowego nie widać nigdzie.

Dolny odcinek otwarto cięciem w linii środkowej, zaczynającem się od ścisłego przyczepu otrzewnej, a nie dochodzącem na 2 cm. do ujścia wewnętrznego. Cięcie to ma długości 10 cm. Po przecięciu brzegi rany gwałtownie cofają się w tył, a otwór zieje. W całem cięciu leży łożysko. Między nie a ścianę macicy wprowadzono rękę ku górze, przy jego brzegu przebito błony, uchwycono nóżkę i z pewną trudnością wydobyto płód. Do żadnych naddarć przy tem nie przyszło. Równocześnie wstrzyknięto ergotynę.

Po porodzie dziecka obkurcza się macica i jeszcze więcej cofają się brzegi rany. W jamie zbiera się trochę krwi. Dla uniknięcia jej utraty spróbowano zabiegu Credégo. Gdy ten nie wiódł do celu, wydobyto łożysko ręką, stwierdzając przy tem, że wypełnia ono dolny odcinek z wyjątkiem małej partyi po stronie lewej, pokrywa ujście i po za obrębem cięcia sięga od strony prawej i tyłu do połowy trzonu macicy. Tylko ta ostatnia część jest jeszcze w związku ze ścianą macicy, reszta odklejona, prawdopodobnie w czasie krwotoku przed operacyą.

Po wydobyciu łożyska widać przez ranę cały dolny odcinek. Tworzy on otwartą rurę, grubości przedramienia; od dołu widać ujście wewnętrzne, z pierścieniem skurczowym, od góry bezpośrednio przejście w jamę macicy bez jakiegokolwiek pierścienia. Miejsce łożyskowe twarde, obkurczone, nie krwawi, mimo to wypełniono jamę macicy gazą vioformową, przeprowadzając jej koniec do pochwy. Następnie zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, umocowano pęcherz w jego naturalnem położeniu i zamknięto powłoki brzuszne. Operacya trwała 45 min.

W przebiegu pooperacyjnym 17 września wieczorem dreszcz i gorączka 39·2^0, 19. zaś wyraźnie już prawostronne ogniskowe zapalenie płuc. 24. stwierdzono powierzchowne ropienie w jednym szwie i skąpe brudne odchody, wobec czego przepłukano macicę rozczynem kwasu borowego. 26 września wyjęto szwy wobec rany zgojonej. 2. października znów nowe ogniska zapalenia płuc po stronie prawej. 20 października wypuszczono chorą do domu jeszcze niedokrwistą z pojedynczemi rzężeniami w oskrzelach i macicą w przodozgięciu bez zrostów.

Płód martwo urodzony.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

IV. Tuberculosis totius pulmonis sinistri subacuta (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis sinistri, glandularum et peribronchitis pulmonis dextri). Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. (Insuflatio 4. X.; quinque reinsuflationes usque ad 19. X. 1911). Status quo ante.

F. P., lat 24, Chora od lat dwu; kaszel, obfita plwocina, szybkie wychudnięcie. W ostatnim czasie stale wysoka gorączka. Do szpitala przybyła chora 28. IX. 1911. Uderza silna duszność, zupełny brak sił. Stan gorączkowy do 39^0 C. Tętno 128. Oddech 28—32. Naciek całego płuca lewego; w placie górnym objawy rozpadu. Odmę wytworzono 4. X; reinsuflowano pięciokrotnie. Objawy kliniczne (w czasie leczenia chorej nie radioskopowano) wykazują odmę na całej powierzchni płuca lewego. Po pierwszej reinsuflacyi gorączka spadła; po trzeciej — nagłe podniesienie (do 38,6^0), które trwało przez 12 godzin; jednocześnie krwioplucie, które również minęło po tym czasie. Waga spadła o 0,3 kilogr. Kaszel, ilość plwociny — bez zmiany. Chora, nie widząc poprawy, opuściła szpital 28. XI. 1911.

W tym przypadku możliwem i pożądanem było dalsze leczenie; chorą do niego zniechęcił zarówno brak poprawy, jakoteż tęsknota do dzieci, która utrzymywała chorą w stanie stałego przygnębienia.

Myślę, że ta sama chora, gdyby była później na oddział wstąpiła i widziała innych chorych, pod wpływem odmy powracających do względnego zdrowia, chętniejby się zabiegowi poddawała. Była jednak jedną z pierwszych i nie wierzyła w skuteczność metody.

V. Tuberculosis totius pulmonis dextri subchronica. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri). Pneumothorax artificialis 26. X. 1911.

J. M. lat 29, wyrobnik. Chory od roku; kaszle, pluje częste krwotoki; wychudł, osłabł. Przybył do szpitala 6. X

1911. Stan gorączkowy (38° C.). Rozpoznano gruźlicę prawego płuca.

Przez niedopatrzenie dozorczyni szpitalna wyjałowiła (jodyną) skórę lewej połowy klatki piersiowej i tę nakłułem, dając 500 cm³ gazu. Chory, zrażony tą omyłką, na ponowną insuflacyę nie zgodził się. Żadnej szkody z powodu opisanej omyłki nie poniósł.

Dalsze przypadki dotyczą chorych, którzy pozostają w obecnej chwili w leczeniu i u których odma piersiowa jest mniej lub więcej leczniczo czynną.

VI. Tuberculosis cavernosa totius pulmonis dextri et lobi superioris pulmonis sinistri — subacuta (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri; caverna ad lobum superiorem; infiltratio lobi superioris pulmonis sinistri; infiltratio glandularum et peribronchitis lobi inferioris sinistri). Pneumothorax artificialis exquisitus. (Insuflatio 8. X. 1911). Amelioratio.

A. B., lat 17. Chory od 8 miesięcy. Choroba zaczęła się od krwioplucia, poczem chory wyjechał zaraz na dwa miesiące do Otwocka. We dwa tygodnie po powrocie stamtąd, w kwietniu r. 1911, bardzo obfity krwotok, a po nim zapalenie aspiracyjne płatu dolnego płuca prawego; gorączka wysoka (40° C.) trwała sześć tygodni. W 10—15 dni po spadku ciepłoty nawrót: zajęcie gruźlicze płatu prawego górnego. Chorego wywieziono na wieś, gdzie stale leżał w łóżku w stanie podgorączkowym. Przy badaniu we wrześniu znalazłem obok zajęcia całego płuca prawego naciek w płacie lewym górnym; chory wychudł jak szkielet (stracił 43 funty). Ojciec cierpi na kaszel i duszność; matka ma wadę serca. W rodzeństwie jest drugi przypadek gruźlicy. Do szpitala przybył chory w tym stanie d. 7. X. 1911. Solaminis causa postanowiłem próbować leczenia odmą sztuczną. Do insuflacyi i pierwszych reinsuflacyi noszono chorego na noszach.

Obecnie stan chorego tak się przedstawia: Wyglądanie i stan ogólny bez porównania lepsze, chory chodzi (nawet do leżalni w ogrodzie, jeśli mróz nie przekracza —5° R.), dobrze jada (bywały czasy bardzo złego łaknienia). Nastrój chorego optymistyczny. Przez cały czas pobytu w szpitalu ani razu nie gorączkował (ponad 37·1°).

Płuco prawe zupełnie ku kręgosłupowi uciśnięte, a nawet nieco przepchnięte na stronę lewą (śródpiersie ustępliwe, ponieważ sprawa jest względnie świeża). Chory kaszle mało, odkrztusza 10 do 15 ctm³ na dobę (bywało po 250 ctm³ plwociny). Dokuczają mu wyłącznie objawy sercowe (serce, którego wielkość przy opukiwaniu zdaje się prawidłowa, przy radiografii okazuje się wielce powiększonem).

W czasie pobytu w szpitalu chory przez czas długi tracił dalej na wadze; bywały chwile tak wielkiej prostracyi, że po parę razy na dzień wstrzykiwano mu kamforę i digalen. Konsekwentne stosowanie leczenia dało wynik przechodzący wszelkie oczekiwanie. Obecnie choremu na wadze przybywa.

Nie przesądzając, co dalszy przebieg choroby przyniesie, dziś z całą pewnością twierdzić wolno, że w tym beznadziejnym przypadku osiągnęliśmy dotąd powstrzymanie złowieszczego postępu choroby, której paromiesięczny przebieg nieubłaganie prowadził chorego do grobu. Pod wpływem leczenia zmienił się zupełnie typ choroby: zamiast obrazu postępujących suchot toksycznych, mamy przed sobą przypadek, przypominający włóknistą postać suchot, z jej dusznością i objawami sercowymi.

VII. Tuberculosis totius pulmonis dextri chronica (Roentgen: Infiltratio pulmonis dextri. Infiltratio partis inferioris pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis, sufficiens. Amelioratio.

A. G., lat 35, piekarz. Przed 3 laty przebył zapalenie płuc, po którem powrócił do pełnego zdrowia. Przed ośmiu miesiącami zapadł znów na zapalenie płuc, które przeszło w stan przewlekły. Wyjechał na wieś, gdzie przebył trzy miesiące, ale tam stan zdrowia stale się pogarszał: gorączka, kaszel; na wadze stracił chory 30 przeszło funtów. Do szpitala wstąpił 5 października 1911. Twarz blado sina, duszność przy każdym ruchu, zupełny brak łaknienia, kaszel męczący z obfitą plwociną, w której częste żyłki krwi. Stan podgorączkowy, tętno 120. W płucach: naciek całego płuca prawego, stłumienie zupełne, oddech osłabiony, rozrzucone ściśle ograniczone wysepki rzężeń wilgotnych, o stałym charakterze. Odmę wytworzono 15. X. 1911. Wytworzenie odmy było trudne, ponieważ igła stale napotykała na wielkie zrosty; dopiero za czwartym razem znalazłem wolną szparę jamy opłucnej, którą systematycznie (19 reinsuflacyi) rozszerzałem, ucisnąwszy około ³/₄ płuca prawego. W przebiegu leczenia wystąpiło powikłanie przez wysięk opłucny, który bardzo prędko się wessał i żadnych zaburzeń, prócz duszności — nie wywołał, i przez grzybicę jamy ustnej, gardła, nosa i krtani; trwało to ostatnie powikłanie, któremu towarzyszyła gorączka, przeszło trzy tygodnie, uniemożliwiając choremu połykanie pożywienia i pozbawiając go snu. Choremu w pierwszym czasie na wadze przybyło 1,2 kilogr,; w czasie grzybicy stracił około 3 kilogr.; obecnie powrócił do wagi pierwotnej.

Po 3 miesiącach od wstąpienia do szpitala chory czuje się obecnie bez porównania lepiej: cera, ruchy, mowa, sen, łaknienie, kaszel, ilość plwociny — wszystko świadczy o poprawie.

VIII. Tuberculosis totius pulmonis dextri et tuberculosis apicis pulmonis sinistri — subacuta. Enteroptosis. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri; caverna ad lobum medium; infiltratio lobi superioris sinistri; foci calcificati ad lobum inferiorem sinistrum). Pneumothorax artificialis cellularis, sufficiens. Amelioratio.

K. H., lat 40, żona nauczyciela. Chora od 10 miesięcy, ale już od lat ośmiu miewała czasem krwioplucia, których pochodzenia żaden z badających ją lekarzy nie umiał określić. W styczniu i lutym r. 1911 bardzo podupadła na zdrowiu (pielęgnując chorego męża i dzieci); miała wtedy dwukrotne krwotoki płucne. Lato spędziła na wsi, gdzie stale chudła i gorączkowała. W sierpniu udała się do Otwocka, gdzie (jak mię łaskawie informował kol. Gajzler) stwierdzono gruźlicę płuc z obfitymi potami nocnymi, gorączką (do 39,7° C.) i zaburzeniami trawienia. W sanatoryum chora przebyła dni 14, poczem przybyła do Łodzi.

Widziałem wówczas chorą i rozpoznałem postępującą gruźlicę płuc, głównie prawego, gdzie stwierdziłem objawy jamy. Stan ostatecznego wyniszczenia, zupełny brak łaknienia; uporczywe zaparcie. Trzewia brzuszne wszystkie opadnięte (skąd zaburzenia w trawieniu i krążeniu). Taki stan trwał z małemi wahaniami aż do przybycia chorej do szpitala, gdzie wobec złośliwości cierpienia, jakkolwiek obustronnego, wytworzyłem odmę sztuczną.

Uciśnięcie płuca niespodziewanie i szybko zmieniło charakter przebiegu; już po dwu tygodniach chora mogła powrócić do domu, skąd obecnie raz lub dwa razy tygodniowo przybywa do szpitala na reinsuflacye. Już po drugiej reinsuflacyi chora wstawać zaczęła, gdy poprzednio na wsi, w Otwocku, w Łodzi, stale leżała w łóżku. Od pierwszej reinsuflacyi straciła gorączkę, której przez długi szereg tygodni nie mogły zmódz najrozmaitsze środki przeciwgorączkowe. Od 2 listopada po dziś dzień trzykrotnie miała parogodzinne podniesienie (37,6, 37.2, 37,4) ciepłoty; zdaniem chorej było to wynikiem zaburzeń żołądkowych, mojem zdaniem — wynikiem wysiłków fizycznych (jazda do dentysty, krzątanie się w dzień wigilijny przy gospodarstwie). W styczniu r. 1912 chora przez jakie 10 dni miewała domieszkę krwi do plwociny; w tym czasie tylko raz na tydzień była reinsuflowana, a rentgenogram wykazał, że dolny jedynie płat prawego płuca jest dobrze uciśnięty. Wraz ze stopniowem zwiększeniem ucisku — krew z plwocin znikła [1]).

[1]) W tej plwocinie — pochodzącej niewątpliwie z jamy, która się znów była rozwinęła, znaleziono laseczniki gruźlicy

Ponieważ radioskopia wykazała, że pierwotnie wytworzona odma komorowa nie uciska całego płuca, wytworzyłem nakłuciem trzeciego międzyżebrza drugą odmę komorową. Chorej zaleciłem w ostatnich czasach zupełny spokój.

W czasie pobytu w szpitalu chorej na wadze przybyło 0,6 kilogr.; po powrocie do domu schudła o 1 kilogr.; od czasu większej dbałości o zdrowie i zachowywania spokoju, waga ciała znów wzrasta.

W tym przypadku założenie odmy wywarło szybko i wyraźnie wpływ dodatni na przebieg choroby. Jedynie zaburzenia trawienia (opadnięcie trzew) i zbyt wielki optymizm wobec niespodziewanej poprawy wikłają przebieg dotychczasowy (wykazana raz jeden w moczu obecność cukru 1%, zależała od zaburzeń trawiennych). To jednak, co dotąd dzięki zastosowaniu odmy osiągnięto, jest wynikiem leczniczym, jakiego żadna inna ze znanych mi metod w tym stanie choroby dać nie mogła.

IX. Tuberculosis totius pulmonis sinistri cum caverna ad lobum superiorem pulmonis dextri et tuberculosis apicis sinistri — chronica. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri; caverna ad lobum medium p. dextri; infiltratio apicis pulmonis sinistri; infiltratio vasorum lymphaticorum; focus ad hilum pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. Amelioratio (?).

J. M., lat 36, krawiec. Chory od $1\frac{1}{2}$ roku; kaszel, częste krwioplucia, gorączka, poty, wychudnienie. Od początku choroby cierpi na uporczywe wymioty, powtarzające się po parę razy dziennie, na czczo i po jedzeniu. Leczył się w naszym szpitalu (13 tygodni), a potem w wiedeńskim (gdzie stosowano przez $5\frac{1}{2}$ miesiąca tuberkulinę); znaczna poprawa, którą uzyskał, minęła szybko. Do szpitala wstąpił 10. XI. 1911. Stan podgorączkowy; tętno 100, oddechów 24 na minutę; skóra i błony śluzowe bardzo blade. Nad całem płucem prawem stłumienie różnego stopnia; oddech zaostrzony aż do oskrzelowego; rzężenia wilgotne, miejscami trzeszczenia; objawy jamy (?) pod grzebieniem łopatki. Nad lewym grzebieniem łopatki oddech szorstki. W moczu białko (0,5%); elementów nerkowych niema. W soku żołądkowym kwasu solnego brak; kwaśność ogólna 28.

Odmę wytworzono 19. XI. 1911; reinsuflacyi dotąd było piętnaście. Pierwsze reinsuflacye sprawiały choremu wielką duszność; obecnie znosi je łatwo. Gorączka ustąpiła zupełnie; stan ogólny znacznie lepszy: chory chodzi swobodnie, duszności nie miewa wcale. Plwociny ilość większa, niż początkowo. Wymioty zdarzają się raz na tydzień lub rzadziej. Rentgenogram wykazuje, że płuco jest uciśnięte w kierunku przedniej ściany klatki piersiowej, przyczem silny zrost utrzymuje długi, niby język, wyrostek płuca w związku z przeponą; górny płat płuca nieuciśnięty. Niedawno (4. I. 1911) wytworzyłem drugą odmę komorową (przez nakłucie w III międzyżebrzu prawem).

Osłuchiwanie wykazuje bardzo liczne, dźwięczne rzężenia wilgotne pod prawym obojczykiem.

Jakkolwiek chory podczas pobytu w szpitalu przybrał (pomimo wymiotów) na wadze 3 kilogr., jakkolwiek wiele objawów chorobowych złagodniało lub ustąpiło — zbyt mała część płuca jest zupełnie uciśnięta, by wolno rokować zupełne wyleczenie metodą ucisku przez odmę. Co najwyżej można się spodziewać, że uda się przez stałą odmę niedoskonałą utrzymać chorego przy życiu w stanie połowicznej zdolności do pracy.

X. Tuberculosis totius pulmonis sinistri et lobi superioris dextri – subacuta. (Roentgen: Infiltratio disseminata cavernosa totius pulmonis sinistri. Infiltratio apicis pulmonis dextri, glandularum et vasorum lymphat. totius pulmonis dextri). Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. (Insuflatio 12 XI. 1911. Amelioratio).

które już były znikły. Nie podaję też w innych historyach nic o zniknięciu laseczników, ponieważ o tem mówić wolno dopiero po latach.

S. S., lat 30, czapnik. Chory od lat dwu; przez ten czas kaszle, pluje, często gorączkuje; silnie wychudł. Do szpitala wstąpił 20. XI. 1911. Odmę wytworzono bardzo łatwo i bez żadnych powikłań odnawiano. Badanie radiologiczne wykazuje (27. I. 1912) niezupełne uciśnięcie płuca lewego, które jest przyciśnięte ku przedniej ścianie klatki piersiowej (począwszy od IV żebra ku górze); w płucu widoczne są dwie jamy kształtu elipsoidalnego (uciśnięte). Wynikiem dotychczasowego leczenia jest: ustąpienie gorączki, poprawa stanu ogólnego (na wadze przybrał chory 4,5 kilo), zmniejszenie się ilości plwociny.

Ze względu na stan płuca drugiego powstrzymuję się od zbyt forsownych prób doszczętnego uciśnięcia płuca. Gdyby otrzymaną poprawę udało się nadal utrzymać, możnaby tu bardzo dobrze rokować o dalszym przebiegu choroby.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Treskina. **Kilka przypadków stosowania sztucznej odmy piersiowej w gruźlicy płuc.** (Russkij Wracz 1911, Nr 51). O ile odma piersiowa powstaje w przebiegu gruźlicy samoistnie, jest ona niebezpieczną z następujących względów: utrudnia oddech i czynność serca, jak również wiedzie zazwyczaj do zakażenia opłucnej. Objawów tych nie bywa zwykle przy stosowaniu sztucznej odmy piersiowej; zabieg bywa mało bolesny; wskutek dokładnego dawkowania ilości powietrza, wprowadzanego do opłucnej, można uniknąć zazwyczaj ucisku na serce, jego przesunięcia, jak również ucisku na drugie płuco; wreszcie sztuczna odma piersiowa nie zagraża zakażeniem opłucnej. W uciśniętem przez odmę płucu powstają następujące zmiany. Treść pęcherzyków płucnych wyciska się z nich jak z gąbki, jamy zapadają się, a wskutek tego zwiększa się na razie ilość plwociny bardzo znacznie. Wskutek ucisku na drobne oskrzela zapadają się one, co uchyla możność aspiracyi prątków gruźliczych z sąsiednich ognisk, a tem samem szerzenie się zakażenia na zdrowe części płuc. Zmiany w krążeniu krwi i limfy wywołują zmniejszenie się wchłaniania toksyn i produktów zapalenia, co wiedzie szybko do obniżenia się ciepłoty. Współczynnik opsoniczny, jak wykazał Pigger, znacznie się zwiększa, a badania patologiczno-anatomiczne stwierdziły wybitną skłonność do tworzenia się blizn dokoła tkanki zakażonej. Treskina wywoływała odmę piersiową sposobem Saugmanna u 12 chorych na gruźlicę. Z przytoczonych historyi chorób i krzywych ciepłoty widać, iż wyniki zabiegu były dodatnie. Ciepłota obniżała się, ilość plwociny, po pierwotnem zwiększeniu się po wytworzeniu odmy, zmniejszała się następnie znacznie, ogólny stan chorych polepszał się. Powikłania, spostrzegane przez Treskinę, były następujące: silna duszność przy pierwszym zabiegu, odma podskórna (w 3 przypadkach). W początkach stosowania zabiegu spostrzegała Treskina zaburzenia w drogach pokarmowych i słaby przyrost lub nawet spadek wagi ciała. Autorka wprowadzała azot do opłucnej u każdego chorego od 11 do 19 razy w ilości od 100—800 cent. sześć.

Z. Gilewicz.

Kaszerininowa. **W sprawie leczenia choroby Addisona tuberkuliną.** (Russkij Wracz Nr 51, 1911). Według statystyki Lewinsa i Elsassera choroba Addisona powstaje w 88% skutkiem zmian nadnerczy, a w 75% skutkiem ich zmian gruźliczych. Wobec tego powstała myśl przyczynowego leczenia tej choroby. W 2 przypadkach choroby Addisona, stosując tuberkulinę Denysa, uzyskała autorka znaczną poprawę. Nieprawidłowe zabarwienie skóry znikało,

chorzy nabierali sił, przyrost wagi wynosił 1,5 i 9·0 kilogr. Na postawie 2 tych przypadków, jakoteż innych, znajdujących się jeszcze pod obserwacyą autorki, twierdzi ona, iż leczenie choroby Addisona tuberkuliną oddaje znakomite usługi w tych przypadkach, w których zabarwienie skóry jest najwcześniejszym objawem i w których gruźlica nie jest tak daleko posunięta, by stanowić przeciwwskazanie do stosowania tuberkuliny. Z. Gilewicz.

Homolicki. **O okresowości białkomoczu jako zjawisku stałem.** (Russkij Wracz Nr 51, 1911). Autor, badając ilość białka co 3 godziny u ludzi cierpiących na nerki, spostrzegł, iż ilość białka tak odsetkowo jak i bezwzględnie wzrasta od rana, dosięga szczytu w środku dnia, poczem zmniejsza się znów ku wieczorowi. Taka postać krzywej ilości białka jest nader stała i prawie nie udawało się zmienić jej zapomocą zmiany trybu życia i dyety; nie jest też ona zależna od stopnia białkomoczu. W okresie znikania białkomoczu, białko najpierw znika w nocy, występując jeszcze we dnie. Z. Gilewicz.

Bułdarew. **Samoregulacya kwaśności treści żołądkowej i rzeczywista kwaśność soku żołądkowego.** (Russkij Wracz Nr 51, 1911). Oddawna w nauce lekarskiej panowało mniemanie, iż kwaśność soku żołądkowego waha się pomiędzy 0·15%—0·20%. Co do tego zgadzali się fizyologowie i klinicyści. Dopiero Heidenhain, a za nim szkoła Pawłowa obalili ten pogląd, dowiódłszy, iż kwaśność soku żołądkowego u psów waha się od 0·5%—0·6%. Jednocześnie Kamienskij i Riazancew dowiedli, iż takichże liczb dosięga kwaśność soku żołądkowego u królików i kotów. Odtąd datuje się rozbieżność poglądów pomiędzy klinicystami, a fizyologami w sprawie stopnia kwaśności soku żołądkowego u człowieka. Fizyologowie z Pawłowem na czele utrzymywali, iż kwaśność soku żołądkowego musi być u człowieka znacznie wyższa, aniżeli kwaśność wydobytej przez zgłębnik treści pokarmowej. Wkrótce cały szereg autorów francuskich, niemieckich i szwedzkich, w przypadkach, w których wskutek osobliwych warunków chorobowych można było u ludzi otrzymywać z odosobnionych części żołądka prawie czysty sok żołądkowy, wykazali, iż kwaśność jego waha się pomiędzy 0·22% a 0·47%. Prace te nie rozstrzygnęły jednak sporu pomiędzy klinicystami a fizyologami, gdyż nie umiano sobie wytłómaczyć, w jaki sposób treść żołądkowa, otrzymywana z nienaruszonego żołądka, ma znacznie mniejszą kwaśność, niźli sok czysty zarówno u zwierząt, jakoteż u ludzi. Później Bułdarew, a za nim Migaj wykazali, iż zobojętnianie soku żołądkowego powstaje wskutek dostawania się do żołądka podczas trawienia wydzieliny trzustkowej i czynnik ten odgrywa największą rolę w obniżaniu kwaśności treści żołądkowej, obok śliny, śluzu żołądkowego, żółci i soku około odźwiernikowego, gdyż sok trzustkowy jest najsilniej zasadowym (0·65% Na_2CO_3). Dalej doświadczenia Bułdarewa na zwierzętach i Migaja na człowieku wykazały, iż kwaśność treści żołądkowej po wprowadzeniu do żołądka kwasu solnego stopniowo obniża się, natomiast ilość chlorków odsetkowo się nie zmienia, co przemawia za zobojętnieniem kwasów w żołądku wogóle, a w szczególności za możliwością znacznie większej kwaśności soku żołądkowego, niż treści żołądkowej. Doświadczenia Bułdarewa, dokonane na zwierzętach z oddzielonym od dwunastnicy przewodem trzustkowym i żółciowym, jak również z wyciętymi gruczołami ślinowymi, wykazały, iż kwaśność treści pokarmowej w żołądku obniża się najmniej wtedy, gdy usuwa się możliwość dostawania się do żołądka soku trzustkowego. Na podstawie tych doświadczeń twierdzi Bułdarew, iż pierwotna kwaśność soku żołądkowego wynosi 0·5% HCl. Podczas trawienia żołądkowego obniża się ona zatem do 0·15%—0·20% HCl, przeważnie wskutek dostawania się do żołądka soków jelitowych. W mechanizmie tym dopatruje się autor celowości, gdyż wysoka kwaśność soku żołądkowego jest niezbędną do wyjałowienia pokarmów, późniejsze zaś zobojętnienie ma na celu optimum trawienia w żołądku. Przypadki nadkwaśności treści żołądkowej i sokotoku żołądkowego tłómaczy Bułdarew nie naruszeniem jakościowej czynności gruczołów żołądkowych, lecz niedostateczną czynnością trzustki, mała zaś kwaśność treści pokarmowej i nadmierna ilość płynnej treści żołądkowej zależeć mogą według niego od zwiększenia wskutek jakichkolwiek przyczyn ilości soków zobojętniających. Z. Gilewicz.

Fischer. **O zarazie pyska.** (Mediz. Klinik. 1912. Nr 1). F. miał sposobność spostrzegać endemię analogicznej choroby u ludzi. Zwykle choroba rozpoczynała się nagle zapaleniem gardła i jamy ustnej, poczem dołączało się wśród silnej gorączki zapalenie spojówek, a następnie na rękach, przedramionach, goleniach, tworzyły się okrągłe (wielkości dwumarkówki) pęcherze, które pękały. Koło warg tworzyły się czarne strupy. Wysypka była bardzo swędząca. Dołączały się do niej zapalenie oskrzeli i ślinotok. Zdrowienie szło prędko, strupy oddzielały się szybko i jedynie nieżyt spojówek trwał najdłużej. Rokowanie bywa zwykle dobre. Zarazek, zresztą bardzo mało odporny, dokładniej nie znany, przenosi się za pośrednictwem nabiału na człowieka. Również zarazić się można wprost przez wydzielinę pęcherzy lub, jak to przekonał się autor raz u matki, która wstąpiła bosą nogą w wymiociny chorego dziecka, — przez wydzieliny naturalne, jak ślina, pot, mocz i stolec. Zaraza występuje głównie u bydła rogatego, mniej u nierogacizny, rzadko u koni, psów. kotów i drobiu, wyjątkowo u sarn. Obecnie w razie wybuchu zarazy w okolicy szczepią zwierzęta treścią pęcherzy z bydła chorego, przyczem 50—80% zapada lekko na zarazę. Choroba trwa zwykle 8—14 dni. Przy przeniesieniu na ludzi zapadają najbardziej dzieci. Na palcach tworzą się nieraz uporczywe zastrzały (panaritium). Śmierć nastąpić może wskutek obrzęku głośni, zapalenia płuc, krwotoków lub spraw jelitowych. W leczeniu stosujemy miejscowo płukania, wewnętrznie chininę, salol i sól karlsbadzką. K.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Gerlach **Badanie śladów krwawych zapomocą próby H_2O_2 i zmodyfikowanej przez Florencea próby gwajakowo-terpentynowej.** (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1911, Nr 13). Jedną z najdawniejszych prób wstępnych przy badaniu śladów krwawych jest podana przez Schönheina próba zapomocą H_2O_2, przyczem uwalniający się tlen występuje w postaci delikatnych, białych baniek. Zastosowanie tej próby zapomocą rozpylacza (spray) okazało się w zakładzie sądowo-lekarskim w Göttingen praktycznem; ułatwia ona i umożliwia często znalezienie śladów krwawych także w tych przypadkach, w których przy pomocy lupy lub przy świetle sztucznem nic podejrzanego nie można było znaleść. Drugą próbą, często używaną, jest podana przez Van Deena próba gwajakowo-terpentynowa, przy której barwa ciemno-żółta zmienia się na fiołkową. Obie próby mają swoje strony ujemne i nie są rozstrzygające. W ostatnim czasie podał Florence modyfikacyę próby Van Deena. Rozpuszczał on nieco żywicy gwajakowej w alkoholu i dodawał w różnych objętościach starego olejku terpentynowego i pirydyny. Odczyn, jaki uzyskiwał z tym odczynnikiem, okazał się szybkim i »nieskończenie« czułym. Wprawdzie sole miedziowe, żelazosinek potasowy i nadmanganian potasowy dawały również odczyn dodatni, jednak wobec nich odczyn występować miał tylko zwolna i tak nieznacznie, że o pomieszaniu z krwią mowy być nie mogło. Odczyn ten występował dodatnio nawet na plamach krwawych na gipsie, na którym według Florencea odczyn krwi szczególnie trudno występuje. Zmodyfikowaną próbę badano w zakładzie w Göttingen szczegółowo i okazało się że dodatek pirydyny do próby Van Deena, jakoteż ulepszona próba z H_2O_2 nie wyłączają błędów, że pozostają w przypadkach sądowo-lekarskich tylko próbami wstępnemi i muszą być uzupełnione przez znane pewne próby krwi. (Doświadczenia ze zmodyfikowaną przez Florencea próbą gwa-

jakowo-terpentynową, dokonane w krakowskim zakładzie sądowo-lekarskim, wykazały, że dodatek pirydyny zupełnie nie poprawił próby Van Deena, owszem okazało się, że sam odczynnik bez krwi wkrótce błękitnieje, czy to wylany na czystą bibułę, czy też zostawiony w probówce. Do takich samych wyników doszedł także Dilling. Przyp. sprawozd.).

J. Olbrycht.

Keferstein. **Morderstwo czy samobójstwo?** (Vierteljahrschrift f. ger. Med., XLII, Z. 1, S. 32). Przypadek, uznany na podstawie znalezionych listów za pewne samobójstwo, przedstawiał się jak następuje: Zdrowy umysłowo technik dentystyczny zadał sobie zapomocą dłuta i młotka ranę na szczycie głowy, drążącą przez powłoki, kości czaszkowe i oponę twardą, po poprzedniem znieczuleniu skóry chlorkiem etylu, eusemina, czy też kokainą. Gdy zranienie czaszki nie wywołało śmierci, zadał sobie 4 rany kłute w klatkę piersiową, przyczem obraził płuca. Być może — rozbioru chemicznego nie dokonano —, że zażył potem sublimat i kokainę, a na koniec zranił sobie powierzchownie szyję i przeciął obie tętnice sprychowe tak, że zginął z krwotoku.

J. Olbrycht.

Pach. **Starczy czy urazowy garb?** (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1911, Nr 20). 54-letni robotnik upadł z wysokości 4 metrów na pięty, przyczem »coś mu trzasło w krzyżach«. Lekarze nie mogli wykazać żadnych ani wewnętrznych, ani zewnętrznych zmian jako następstwa wypadku. Bóle tego robotnika uważali za gośćcowo-neuralgiczne, tembardziej, że układ kostny nie okazywał żadnych zmian. Badanie radiologiczne wykazało zanik kręgów w części lędźwiowej kręgosłupa i jako jego następstwo przypłaszczenie powierzchni stawowych III i IV kręgu. Obraz radiologiczny nie dawał żadnej podstawy do rozstrzygnięcia, czy garb był skutkiem zaniku pochodzenia starczego, czy też urazowego. Przy rewizyi procesu w rok później znawca na podstawie tego, że robotnik przed wypadkiem był zupełnie zdrowy i nie okazywał żadnego skrzywienia kręgosłupa przyjął, że u obrażonego bezpośrednio po wypadku wystąpiły tylko bóle w części lędźwiowej kręgosłupa, a dopiero później objawił się garb i sztywność kręgosłupa; wobec tego doszedł do przekonania, że garb ten jest następstwem wypadku i upośledza zdolność zarobkowania obrażonego o 75%.

J. Olbrycht.

Ellermann. **Przyczynki do metodyki sądowo-lekarskiej.** (Vierteljahrschrift f. ger. Med., XLII, 1, S. 116). 1) Wykazanie plemników zapomocą barwienia hematoksyliną Weigertowską. Włókna tkaniny barwi się przez 1 minutę w rozczynie: »Erythrosin 0·5, Liquor ammonii caustici 100%«, opłukuje w wodzie przekroplonej, przenosi na szkiełko przedmiotowe, uwalnia się od wody, a potem rozszczepia w kilku kroplach znanej hematoksyliny Weigertowskiej. Po 2 minutach osusza się włókna, następnie w wodzie przekroplonej dalej rozwłóknia i przepłukuje, aż włókna staną się prawie zupełnie bezbarwne. Po osuszeniu zatopienie w balsamie kanadyjskim i oglądanie pod mikroskopem. Plemniki w całej swej długości są dobrze zabarwione, przednia część główki czerwono, reszta silnie czarno, włókna tkaniny niezabarwione. — 2) Wykazanie najmniejszych ilości krwi zapomocą próby benzydynowej. Do płaskiej miseczki Petrego wkłada się w kilkoro złożoną bibułę. Zapomocą ostrego, kończystego nożyka zdrapuje się małą cząstkę podejrzanej plamy na bibułę. Następnie polewa się tę cząstkę rozczynem benzydyny (autor używa mieszaniny podanej wedle Ascarallego); w razie obecności krwi rozchodzą się promienisto niebieskie prążki od cząstki zeskrobanej.

J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Posiedzenie z d. 14. listopada 1911.

Przewodniczący Prof. Rosner, sekretarz Schlank.

I. Rosner przedstawia położnicę **po cięciu cesarskiem sposobem Polano.** Z powodu bardzo dużego stopnia obwisłego brzucha, operacya ta w tym przypadku nie przedstawiała żadnych trudności. Zadziwiająco małe krwawienie. Urodzone bliźnięta o wadze 2950 i 2760 gr. Przebieg pooperacyjny zupełnie aseptyczny, bez jakichkolwiek zaburzeń. Położnica sama karmi dzieci.

Dyskusya: Braun, Rosner.

II. Dobrowolski: **Dwa przypadki ogólnego ostrego zapalenia otrzewnej bezpośrednio po porodzie prawidłowym.** Sekcya wykazała w jednym przypadku jako przyczynę pęknięcie jelita w miejscu wrzodu durowego. Dur przebiegał przed porodem prawie bez żadnych objawów. W drugim przypadku nie było można wykazać punktu wyjścia ani podczas operacyi (przypuszczenie zapalenia ślepej kiszki), ani nawet na sekcyi.

III. Dobrowolski omawia przypadek **śluzakomięsaka macicy u 3-miesięcznego dziecka.** Na operacyę nie zgodziła się matka.

IV. Dobrowolski przedstawia przypadek **pierwotnej gruźlicy torbieli jajnikowej.**

Dyskusya: Braun, Akermann, Rosner, Dobrowolski.

V. Nüssenfeld przedstawia chorą po operacyi **ropnia tkanki okołomacicznej** po porodzie powstałego, który rozszerzył się aż na zewnętrzną stronę uda. Ropień ten został przez miejscowego lekarza przecięty. W klinice operowano powtórnie, zrobiono duże nacięcie poniżej mięśnia biodrowo-lędźwiowego, i okazało się, że talerz biodrowy uległ na dosyć dużej przestrzeni martwicy.

VI. Radwańska przedstawia przypadek **następowego zrośnięcia z przednią i tylną ścianą pochwy podśluzowego włókniaka,** częściowo urodzonego do pochwy. Zrosty te były na dosyć dużej przestrzeni, zwłaszcza na tylnej ścianie; musiano je na ostro oddzielić, wskutek czego powstała duża rana w pochwie, którą musiano obszyć.

VII. Schlank: **Doświadczenia z pituitryną.** Prelegent używał przetworu Parke-Dawisa w dawkach 1·1 przy osłabionych bolach porodowych. Na razie użył pituitryny w 7 przypadkach. Wyniki były we wszystkich przypadkach dobre, w niektórych doskonałe. Raz wstrzyknięto środek na godzinę przed dokonaniem cięcia cesarskiego sposobem Polano. Oprócz tych 7 przypadków, próbował S. pituitryny jako środka leczniczego w daleko posuniętem zmięknieniu kości (osteomalacia) przy ciąży w X. m. ks. Chorej wstrzyknięto 11 razy pituitrynę po 0·6, bez najmniejszego skutku. Również środek ten nie wywołał bolów porodowych.

VIII. Schlank przedstawia **torbiel skórzastą jajnika o niezwykłej zawartości.** Po usunięciu guza, po położeniu na tackę, wydobyło się dużo kuleczek, które powstały po skrzepnięciu zawartości torbieli. S. rozpatruje, kiedy to skrzepnięcie nastąpiło, czy już w jamie brzusznej, czy dopiero po usunięciu guza z jamy brzusznej po utracie ciepłoty.

Posiedzenie z d. 29. listopada 1911.

Przewodniczący Prof. Rosner, sekretarz Schlank.

I. Rosner: Przypadek **wodonercza,** który sprawiał pewne trudności rozpoznawcze. Opukiwanie jamy brzusznej przed i po wydęciu jelit przemawiało raczej za istnieniem torbieli jajnikowej, dopiero chromocystoskopia naprowadziła

na prawdziwe rozpoznanie. Rosner omawia znaczenie cystoskopii w ginekologii. (Przedstawienie preparatu). Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

II. Dobrowolski przedstawia ciekawy preparat **ciąży zewnątrzmacicznej jajowodowo-jajnikowej** z czwartego miesiąca. Przy zabiegu znaleziono w jamie brzusznej guz ze siecią tu i owdzie pozrastany, dosyć długą szypułą z macicą złączony. Guz ten składał się z dwóch odcinków, rozgraniczonych od siebie przewężeniem. Odcinek większy wytworzony przez odcinek jajowodu, mniejszy zaś przez jajnik mocno rozdęty. W odcinku większym znaleziono łożysko, w mniejszym zaś wyschnięty płód. Z przedstawionego preparatu nie można orzec, jak ciąża się rozwijała, jaką drogą jaje dostało się do jajnika; jedno tylko można twierdzić na pewno, że była to pierwotna ciąża jajowodowa.

III. Schlank: **Dwa przypadki samoistnego pęknięcia pęcherza przy samoistnem pęknięciu macicy podczas porodu.** W obydwu przypadkach rozdarcie pęcherza było na dużej przestrzeni. W jednym przypadku okolica między ujściami moczowodów była tak rozerwana, że S. musiał przed zeszyciem pęcherza obydwa moczowody cewnikować. Obydwie chore przywieziono do kliniki w bardzo złym stanie i oba przypadki skończyły się śmiertelnie. Prelegent omawia mechanizm pęknięcia pęcherza.

IV. Radwańska: **Zupełne wypadnięcie macicy u noworodka z równoczesną tarnią dwudzielną.** Przypadki wrodzonego wypadnięcia macicy są nadzwyczaj rzadkie, a w literaturze jest dotychczas opisanych 12 podobnych przypadków. Ciekawem jest to, że w 11 przypadkach było równoczesne rozszczepienie kręgosłupa. Prelegentka omawia przyczynę powstawania takiego wypadnięcia macicy u noworodków i związek jego z rozszczepieniem kręgosłupa.

Posiedzenie z d. 2. stycznia 1912.

Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa ginekologicznego wybrano powtórnie jednomyślnie przewodniczącym Prof. Dra Rosnera, zastępcą przewodniczącego Prof. Dra Brauna, skarbnikiem Dra Friedmanna, a sekretarzem Dra Schlanka.

I. Dobrowolski omawia przypadek **porodu w miednicy płaskiej** drugiego stopnia z bardzo dużym obwisłym brzuchem. Chora była przeznaczona do cięcia cesarskiego sposobem Polano. W czasie godzinnej pertraktacyi z chorą, zaczęła chora krwawić z pochwy, tętna płodu brak; rozpoznano pęknięcie macicy. Natychmiast dokonano laparotomii; płód w jamie brzusznej, omdlenie II. stopnia. Płód znajdował się w jamie brzusznej przynajmniej 25 minut. Dokonano doszczętnego usunięcia macicy. Stan matki dobry, płód docucono. Prelegent podnosi, że pomimo dużej retrakcyi, płód żył.

Dyskusya: Rosner podnosi, że zdumiewającem jest, iż tak długo dziecko urodzone do jamy brzusznej mogło żyć i że prawdopodobnie główka zamknęła otwór w jamie macicy i nie pozwoliła na jej ściągnięcie się.

II. Rosner przedstawia chorą i preparat **śledziony,** którą usunął u tej chorej w połogu. Chorą przywieziono do kliniki jako rodzącą, przysłaną przez lekarza z rozpoznaniem uwięźnięcia torbieli jajnika prawego w jamie Douglasa. W klinice odprowadzono guz i chora urodziła siłami natury bliźnięta. Po porodzie guz dobrze wyczuwalny, jednak kształtem swoim nie odpowiadał torbieli jajnikowej. Ponieważ w kilka dni po porodzie wystąpiły objawy podrażnienia otrzewnej i silne bole, przystąpiono do operacyi i znaleziono, że guzem tym była śledziona, częściowo już obumarła; szypuły brak. Śledziona zrośnięta z wyrostkiem robaczkowym, wobec czego dokonano wycięcia wyrostka robaczkowego. Stan pooperacyjny aseptyczny. Prelegent nadmienia, że chora ta leżała przed rokiem w klinice z powodu tego samego guza, który miał wystąpić w kilka tygodni po porodzie. Guz ten leżał wówczas w okolicy pępka, był mało ruchomy i rozpoznanie wahało się między wysiękiem a guzem w powłokach brzusznych. Chora wówczas gorączkowała; kilkakrotne badanie krwi nic nie wykazało. Po kilkotygodniowej obserwacyi guz ten się zmniejszył, chora czuła się względnie lepiej i nie zgodziła się na operacyę.

Dyskusya: Braun podnosi, że przemieszczenie trzew może dać powód do dużych pomyłek rozpoznawczych; opisuje przypadek z własnej praktyki, gdzie po porodzie wystąpił jakiś guz w jamie brzusznej, bardzo bolesny, i rozpoznano guz jajnikowy w skręceniu. Chirurdzy potwierdzili rozpoznanie. Sama chora zwróciła uwagę, że cierpi od dłuższego czasu na nerkę wędrującą; przy dokładniejszem badaniu nie znaleziono na właściwem miejscu nerki lewej, jakkolwiek guz ten był po stronie prawej. Chorej nie operowano i wszystkie objawy ustąpiły.

III. Rosner przedstawia preparat **nabłoniaka kosmówkowego** macicy, którą usunął w kilka miesięcy po urodzeniu zaśniadu groniastego. Prelegent podnosi związek między zaśniadem groniastym a nabłoniakiem kosmówki.

Dyskusya: Dobrowolski zaznacza, że miał sposobność operować kilka przypadków nabłoniaka kosmówki i że niekoniecznie musi go poprzedzać zaśniad groniasty. — Rosner twierdzi, że tylko po zaśniadzie groniastym może powstać nabłoniak kosmówki. O ile powstanie taki nowotwór po zwykłym porodzie lub po poronieniu, to prawdopodobnie gdzieś było zwyrodnienie śluzakowe kosmków łożyskowych, na które nie zwrócono uwagi. Powstawanie takich niedostrzegalnych pęcherzyków, musi wywołać powstanie nabłoniaka kosmówki. Na 10 przypadków nabłoniaka kosmówki, w ostatnich czasach operowanych, 8 było po zaśniadzie groniastym. Nabłoniak kosmówki niewątpliwie jest nowotworem złośliwym uleczalnym, tylko trzeba długo czekać, nim wolno orzec, że operowana jest już zupełnie zdrowa.

IV. Rosner przedstawia chorą **z zapaleniem zniekształtniającem stawu biodrowego,** która obecnie jest w V m. ks. ciąży. Prelegent zastanawia się, czy ciąża nie pogarsza tego stanu chorobowego. Miednica jest zupełnie prawidłowa.

Dyskusya: Braun, Rosner.

V. Rosner przedstawia noworodka o bardzo **miękkich kościach czaszki** i szerokich szwach. Ciemię duże przedstawia się w postaci dużej szczeliny. Dzieci takie są bardzo narażone podczas porodu, chociaż poród jest lekki. Prelegent zwraca uwagę, że w tych przypadkach matka rodzi prawie każde dziecko z tak miękkiemi kośćmi główki z tą samą konfiguracyą.

VI. Schlank przedstawia **preparat macicy pękniętej podczas porodu,** gdzie do otworu pęknięcia wpadła pętla jelita cienkiego i powstała **niedrożność jelit.** Chorą przywieziono do kliniki dopiero w 9. dniu po porodzie w stanie beznadziejnym. Prelegent zrobił laparotomię, usunął macicę, wydobył pętlę jelita cienkiego z pękniętej macicy, jednak było już tak rozległe zapalenie otrzewnej, że chora w kilka godzin po operacyi zmarła.

Dyskusya: Braun podnosi, że niedrożność jelit często powstaje wskutek opadnięcia trzew do jamy Douglasa.

Towarzystwo stomatologów polskich w Krakowie.

Posiedzenie naukowe z dnia 27. I. 1912.

Obecnych 11. Przewodniczy prezes Prof. Łepkowski.

Przewodniczący Prof. Łepkowski wita serdecznie kol. Cieszyńskiego, przybyłego umyślnie z Monachium.

1) Kol. Cieszyński: **Plastyka więzadła wargowego.** W przypadkach, gdzie więzadło wargowe jest nizko osadzone, a mięśnie kurczące się przy śmiechu silnie rozwinięte, zd rza się, iż podczas śmiechu warga górna jest nadmiernie pociągana ku górze i wskutek tego odsłania nie-

tylko łuk zębowy, lecz i dziąsło na znacznej przestrzeni. Pominąwszy już względy kosmetyczne, takie osoby przy niskiej ciepłocie są narażone na dotkliwe uczucie działania zimna na odsłonięte dziąsło. Dla usunięcia tej wadliwości wykonuje C. od pewnego czasu plastykę więzadła wargowego podług własnej metody. Wyniki są zupełnie zadowalniające, jak o tem świadczą przedstawione fotografie (przed i po operacyi).

W dyskusyi zaznacza Prof. Łepkowski, iż ta operacya jest bardzo doniosła, jako operacya przedwstępna do osadzania sztucznych zębów w tych przypadkach, gdzie uśmiech lub mowa odsłania zęby sztuczne. Operacya tego rodzaju znana jest w chirurgii przy operowaniu wargi zajęczej, lecz w stomatologii jest rzeczą zupełnie nową.

2) Kol. Cieszyński: **Kilka rzadszych nieprawidłowości w ustawieniu i wyrzynaniu się zębów**. Przedstawienie modeli szczęki dolnej, gdzie znajdują się po stronie prawej 4 zęby trzonowe i szczęki górnej z t. zw. heterotopią: kieł na miejscu bocznego siekacza, a siekacz boczny na miejscu kła.

W dyskusyi zaznacza kol. Praetzel, że należy zwrócić baczniejszą uwagę na heterotopię i rzadsze okazy przesyłać do muzeum Ambulatoryum dentystycznego. — Prof. Łepkowski popiera kol. Praetzla. — Kol. Cieszyński wskazuje sposób szybkiego kopiowania modeli w wiekszej ilości.

3) Kol. Cieszyński: Demonstracye z dziedziny **rentgenografii**. Pokaz tablic oryentacyjnych, ułatwiających zdjęcia wśródustne. Umiejscowienie ubytków kości szczękowej w okolicy okołowierzchołkowej.

Sekretarz: Dr Fr. Zalewski.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 18. XI. 1911.

Obecnych 21 członków.

I. Kol. Rozenfeld przedstawił chorą l. 46 **z tętniakiem aorty piersiowej**. W wywiadach nic szczególnego, brak kiły. Pierwsze objawy choroby w lutym 1911 r. w postaci bólu w okolicy międzyłopatkowej przy połykaniu pokarmów stałych. Ponieważ badanie zgłębnikiem żołądkowym nie stwierdziło żadnego oporu, cierpienie rozpoznawano ogólnie, jako nerwicę przełyku. We wrześniu stan chorej pogorszył się znacznie. Nawet połykanie pokarmów płynnych odbywało się z wielką trudnością i sprawiało silne dolegliwości. Chora miała ciągłe wymioty, duszność, uporczywy kaszel, szybkie tętno. Zdjęcie rentgenograficzne, dokonane przez kol. Judta w Warszawie, wykryło tętniaka wrzecionowatego aorty piersiowej. W ostatnim czasie stan chorej bardzo ciężki: sinica, duszność, męczący i bezdźwięczny kaszel, tętno 130. Wymiary stłumienia serca powiększone, tony głuche, bez szmerów, w płucach liczne rzężenia. Po kilku uwagach o rozpoznawaniu klinicznem tętniaków, zatrzymuje się prelegent dłużej na ich leczeniu, mówi o stosowaniu jodku potasu i żelatyny, wreszcie o dodatnim wpływie leżenia i dyety mlecznej.

II. Kol. Wrześniowski przedstawił oseska po wyłuszczeniu guza, który był już pokazany na posiedzeniu poprzedniem. Dziecko zdrowe. Badanie drobnowidowe guza: **włókniako - tłuszczak śluzakowy** (fibrolipoma myxomatodes).

III. Kol. Wrześniowski przedstawił chorą l. 28 po **operacyi zatoki szczękowej**. Chora zgłosiła się z powodu obrzęku twarzy i ropnej cuchnącej wydzieliny z nosa. Operacya polegała na wycięciu poprzez dół górnej szczęki przedniej ściany zatoki szczękowej, rozszerzeniu otworu do nosa i usunięciu wyrostka zębodołowego. Jama zatoki była wypełniona **perlakiem** (cholesteatoma).

IV Kol. Wrześniowski opisał przypadek **tyłozgięcia macicy ciężarnej** u 20-letniej kobiety. Wezwany został z powodu objawów, przypominających zupełnie niedrożność jelit. Choroba rozpoczęła się nagle. W jamie Douglasa wykryto guz, będący macicą, którą odprowadzono w uśpieniu chloroformowem, po wypuszczeniu dwóch litrów moczu. Wielkość macicy odpowiada ciąży pięciomiesięcznej. Mimo odprowadzenia macica częściowo opuszcza się ku dołowi. Chora gorączkuje nadal z powodu bardzo silnego nieżytu pęcherza moczowego, który stale trzeba opróżniać przy pomocy cewnika. Kol. W. sądzi, że chorej grozi zgorzel pęcherza i że jedynym środkiem zapobiegawczym i leczniczym będzie przerwanie ciąży.

W dyskusyi kol. Nowak twierdzi, że zatrzymanie moczu może być wynikiem albo niedostatecznego odprowadzenia macicy, albo też osłabienia pęcherza wskutek głębszych zmian zgorzelinowych. Należy przedewszystkiem zapewnić się, czy macica odprowadzona jest całkowicie. Jeżeli tak jest w istocie, rzecz wątpliwa, czy przerwanie ciąży wpłynie dodatnio na stan pęcherza. — Kol. R. Broniatowski opisuje analogiczny przypadek, spostrzegany w klinice krakowskiej. Była wówczas mowa o przerwaniu ciąży. Ostatecznie macicę odprowadzono, chora wyzdrowiała. — Kol. Russ wątpi, czy w przypadku kol. W. macica została całkowicie odprowadzona. Wobec ciężkiego stanu chorej, uważa za wskazane przerwanie ciąży. Pogląd ten wypowiada również kol. Edward Kohn. — Kol. Biegański sądzi, że nie widząc chorej, nie można tej sprawy ostatecznie rozstrzygnąć. Radzi kolegom, interesującym się bliżej tym przypadkiem, zbadać chorą w szpitalu i porozumieć się na miejscu co do dalszego postępowania.

V. Kol. Łokczewski odczytał referat: **O stwardnieniu tętnic podług Hucharda**. Pierwszem ogniwem długiego łańcucha objawów, składających się na całość obrazu klinicznego tej choroby, jest skurcz naczyń ze wzmożonem ciśnieniem tętniczem. Jest on zawsze następstwem zatrucia. Na tem tle powstaje duszność, bezsenność, zawroty głowy, niemiarowość tętna, przyspieszona czynność serca, dusznica bolesna i t. d. Przypadki stwardnienia tętnic ze zmniejszonem ciśnieniem tętniczem rozwijają się najczęściej na tle zastoju w zakresie żyły wrotnej. W powstawaniu twardnienia tętnic najważniejszą rolę gra zatrucie pokarmem, którego skutki potęgują się jeszcze pod wpływem przedwczesnej niesprawności nerek. Prócz tego, jako bardzo ważne czynniki etyologiczne, Huchard podaje dnę, gościec stawowy, kiłę i palenie tytoniu. Dalej idą choroby zakaźne, cukrzyca, zatrucie wyskokowe, zimnica, pora przekwitania, wreszcie wyczerpanie nerwowe. Huchard podkreśla różnicę, jaka zachodzi między stwardnieniem tętnic i ich miażdżycą, która jest sprawą zanikową wieku schyłkowego. W przebiegu klinicznym choroby wyróżnia autor cztery okresy. Pierwszy (présclérose) charakteryzuje wzmożone ciśnienie tętnic i wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą główną. W okresie drugim, sercowo-naczyniowym, występują zmiany zwyradniające w mięśniu serca. W trzecim, zastawkowo-naczyniowym, stwardnienie rozszerza się na zastawkę dwudzielną. W okresie czwartym mamy objawy niedomogi serca, rozszerzenie jego, obrzęki, duszność, sinicę. Wskazania lecznicze różne są w poszczególnych okresach. Zawsze jednak podstawę leczenia stanowi dyeta mleczna lub mleczno-roślinna.

Z powodu spóźnionej pory dyskusyę odłożono.

Posiedzenie dnia 16. XII. 1911.

Obecnych 18 członków.

I. Dyskusya nad odczytem kol. Łokczewskiego, **O stwardnieniu tętnic według Hucharda**.

Kol. Russ mówi o pomyślnym wpływie wodolecznictwa we wczesnych okresach stwardnienia tętnic, o znaczeniu zwiększonego dowozu płynów, wreszcie o dyecie mlecznej podług wskazówek Minkowskiego. — Kol. Rozenfeld dowodzi, że pogląd Hucharda na stwardnienie tętnic jest odbiciem ogólniejszego poglądu na chorobę, jako na zboczenie czynnościowe. Z tego stanowiska zmiany anatomiczne, jako zjawiska wtórne, nie mają donioślejszego zna-

czenia w ocenie sprawności serca i w rokowaniu. Pogląd Hucharda, że punktem wyjścia całej sprawy jest zwiększone ciśnienie tętnicze, ma nawet we Francyi wielu przeciwników.— Kol. Batawia sądzi, że Huchard poświęcił za mało uwagi stwardnieniu tętnic brzusznych, która może być przyczyną różnorodnych, nieraz bardzo ciężkich objawów ze strony żołądka i jelit. Należą tu bóle, wymioty, biegunki, objawy wrzodu żołądka, nawet niedrożności jelit. — Kol. Wasilewski zwraca uwagę na różnicę między stwardnieniem tętnic i miażdżycą i przytacza poglądy prof. Gluzińskiego. — Kol. Brzeziński mówi o szerszem rozpowszechnieniu stwardnienia tętnic wśród ludzi zamożnych. Wśród ludu prostego, pracującego fizycznie, dusznicę bolesną spotyka się rzadko. Czynnikiem usposabiającym jest zapewne nadmiar pożywienia przy małym ruchu i małem wydatkowaniu energii. — Kol. Nowak sądzi, że gra tu ważną rolę stałe, systematyczne użycie napojów wyskokowych. — Kol. Biegański spostrzegał bardzo często objawy stwardnienia tętnic u ludu prostego. Cięższy przebieg tej choroby w sferze zamożniejszej tłumaczy następstwem nadmiernego spożywania mięsa i tłuszczu. Kol. Biegański uzupełnia obraz stwardnienia tętnic brzusznych, skreślony przez kol. Batawię i przeprowadza porównanie z chromaniem przestankowem. Wreszcie przypomina przypadek zatkania tętnicy krezkowej, opisany przed kilku laty przez kol. Rozenfelda na jednem z posiedzeń Towarzystwa. — Kol. Łokczewski odpowiada ze stanowiska teoryi Hucharda.

II. Kol. Wrześniowski przedstawił dwie chore, leczone **salwarsanem z powodu nowotworów złośliwych**. Dziewczynka l. 13 zgłosiła się do szpitala z kostniakomięsakiem obojczyka, wielkości głowy rocznego dziecka. Guz wyłuszczono, częściowo wyskrobano, obojczyk usunięto. Po miesiącu nawrót. Wówczas zastosowano cztery wstrzyknięcia śródżylne salwarsanu (0·15 — 0·2 — 0·25 — 0·15) i naświetlanie promieniami Röntgena. Poprawa znakomita, pozostały niewielkie ślady guza pod pachą i na szyi. Drugi przypadek dotyczy chorej, dotkniętej rakiem prawej piersi. Pierś i gruczoły pachowe bardzo powiększone, skóra czerwona, chełbotanie. Po przecięciu skóry wylało się około 100 ctm płynu surowiczego, w głębi rany palec wyczuwał strzępy rozpadającej się tkanki. Badanie drobnowidowe stwierdziło raka. Salwarsan wstrzyknięto do żył trzykrotnie w ilości 0·3 — 0·4 — 0·4. Obecnie pierś znacznie mniejsza, twarda, gruczoły przynajmniej trzy razy mniejsze. W pierwszym przypadku chora zniosła salwarsan doskonale, w drugim były dreszcze i niewielkie wzniesienie ciepłoty.

W końcu mowi kol. Wrześniowski o najnowszych postępach w dziedzinie leczenia nowotworów złośliwych. Przytacza najważniejsze daty z piśmiennictwa o stosowaniu salwarsanu, opisuje technikę naświetlania promieniami Röntgena. Najlepsze wyniki daje naświetlanie mocne promieniami miękkimi. Przy nowotworach, nie dających się usunąć na drodze operacyjnej, niektórzy radzą naświetlać je poprzez szeroko otwartą ranę skóry. Dawkę stosować można 10 razy silniejszą, aniżeli znieść może skóra.

III. Kol. Rozenfeld opisał przypadek **cierpienia ogniskowego mostu Varola** u 13-letniego chłopca. Choroba rozpoczęła się w początkach października 1911. Uwagę rodziców zwróciło zataczanie się chłopca przy chodzeniu. Po kilkunastu dniach chód przybrał charakter móżdżkowy. Przy zwrotach chory upada czasami na stronę prawą. Wkrótce występuje niemożność poruszania gałkami ocznemi na prawo i lewo (porażenie skojarzone mm. prostych zewnętrznych i wewnętrznych). Nerw bloczkowy, okoruchowy, odruchy rogówkowe, źreniczne, dno oka — zupełnie prawidłowe. Brak zastoiny na tarczy nerwu wzrokowego. W zakresie nerwów twarzowych zupełny brak gry mimicznej. Mowa z odcieniem nosowym. Bezład wyraźny zarówno w kończynach dolnych, jak i górnych. Siła mięśniowa początkowa wcale niezmniejszona, stopniowo rozwija się nieznaczna sztywność. Odruchy kolanowe i stopowe bardzo wzmożone, w późniejszym okresie choroby wybitnie zaznaczony odruch Babińskiego. Zaników niema. Wszystkie rodzaje czucia skórnego zachowane. W grudniu do objawów tych przyłącza się utrata mowy. Chory przy zachowanej inteligencyi porozumiewa się z otoczeniem, dobierając litery z alfabetu i kolejno wskazując je palcem. W ostatnich dniach wystąpiły zaburzenia w połykaniu. Chory z trudnością łyka pokarmy stałe, często się krztusi. Ruchy języka i szczęki dolnej upośledzone. Chory skarży się tylko na bardzo silny zawrót przy wyprostowaniu głowy. Rokowanie złe. Ognisko, usadowione w okolicy jąder nn. odwodzących i torów, które łączą móżdżek z mostem, szerzy się z jednej strony w kierunku brzusznej części mostu ku torom piramidalnym, z drugiej zaś — w kierunku opuszki.

IV. Kol. Biegański pokazał dwa **rentgenogramy gruczołów oskrzelowych** powiększonych na tle gruźliczem (adenopathia tracheobronchialis).

Karol Rozenfeld.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

(Ciąg dalszy).

Przechodzę obecnie do działalności zorganizowanego w ubiegłym roku samodzielnego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

Na zebraniu organizacyjnem, które się odbyło w Będzinie d. 9 kwietnia 1911, po przypomnieniu dziejów powstania Towarzystwa lekarskiego i uczczeniu przez powstanie tych kolegów z Zagłębia, którzy byli obecni na inauguracyi Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie, a nie doczekali się otwarcia własnego Towarzystwa w Zagłębiu, kol. Dehnel wypowiedział rzecz: **O rozwoju stosunków lekarsko-sanitarnych w Zagłębiu w ciągu ostatnich 25 lat.**

Zwróciwszy uwagę na czynniki, oddziałujące wogóle na rozwój stosunków sanitarno-lekarskich i rozpatrzywszy wpływ tych czynników w Zagłębiu, doszedł prelegent do wniosku, że, jeżeli w istocie stosunki sanitarno-lekarskie poprawiły się w Zagłębiu znacznie w ciągu 25 lat, to trzeba to zawdzięczyć z jednej strony obawie przed cholerą, która w r. 1894 zdziesiątkowała ludność Będzina, z drugiej strony inicyatywie Towarzystw i osób prywatnych. W dalszym ciągu przytoczył prelegent cyfry, świadczące wymownie o rozwoju omawianych spraw. A więc w r. 1886 ludność powiatu będzińskiego wynosiła według wykazów urzędowych 161152, obecnie 407124 osób (50.000 w Będzinie, 98000 w Sosnowcu, 259124 w powiecie). Służbę zdrowia stanowiło przed 25 laty: 12 lekarzy (3 w Będzinie, 3 w Sosnowcu, 2 w Zawierciu, 2 w Dąbrowie, po 1 w Żarkach i Granicy), 28 felczerów, 14 akuszerek (wraz z babkami wiejskiemi). Aptek było 8. Przypadał więc 1 lekarz na 13453 mieszkańców, 1 felczer na 5754. Obecnie mamy 52 lekarzy (20 w Sosnowcu, po 7 w Będzinie, Dąbrowie i Zawierciu, pozostali w Niwce, Czeladzi, Grodźcu, Niemcach, Granicy i Żarkach), 75 felczerów (9 w Będzinie, 20 w Sosnowcu), 86 akuszerek i babek (10 w Będzinie, 31 w Sosnowcu) i 17 dentystów. Liczba aptek wzrosła do 27 (3 w Będzinie, 7 w Sosnowcu). Obecnie 1 lekarz przypada na 7830 mieszkańców, 1 felczer na 5430. Postęp więc w tej dziedzinie jest widoczny. Znacznie jednak większy postęp uwidocznia rozwój szpitalnictwa w Zagłębiu. W r. 1886 było w powiecie 7 szpitali, mianowicie: będziński, pogoński, sielecki, św. Barbary i szpital zachodniego okręgu górniczego w Dąbrowie, infirmerya w Niemcach i szpital w Zawierciu. Stan tych wszystkich szpitali pozostawiał bardzo wiele do życzenia; najlepiej urządzony był wówczas szpital powiatowy w Będzinie. Dziś liczba szpitali wzrosła do 11 i najgorzej urządzonym okazuje się obecnie szpital będziński. Niektóre

z nich stoją na wysokości zadania; do takich należą: szpital T-wa Sosnowieckiego w Pogoni, szpital sielecki, szpital Huty Katarzyny w Sosnowcu, szpital św. Barbary i T-wa francusko-włoskiego w Dąbrowie, również szpitale w Czeladzi i w Niemcach. Liczba chorych, leczonych w szpitalach w ciągu roku ubiegłego, dosięgła 4961 (2248 w powiecie, 1783 w Sosnowcu i 930 w Będzinie). W ambulatoryach przy fabrykach i kopalniach leczyło się w ciągu roku 121.920 chorych. Wogóle liczba osób, korzystających z porad lekarzy i zaufanie do pomocy lekarskiej wzmogły się w ciągu omawianego okresu znacznie. Położenie jednak materyalne lekarzy, wskutek zwiększonej podaży, jest obecnie gorsze, niż przed 25 laty. Posunęła się również znacznie naprzód sprawa szczepienia ospy ochronnej. W r. 1910 zaszczepiono ospę 8801 dzieciom. Ogólne stosunki zdrowotne, utrzymywanie w czystości domów, podwórzy, sklepów z materyałami spożywczymi, również uległy poprawie. Brak jednak prawidłowej organizacyi sanitarnej stoi na przeszkodzie doprowadzeniu tego wszystkiego do należytego porządku. Do podniesienia poziomu zdrowotności przyczyniają się również łazienki, urządzane przy fabrykach. Zwróciwszy jeszcze uwagę na brak dobrej wody w Zagłębiu, ponieważ rzeki są mocno zanieczyszczone odpływami fabrycznymi, a jedynie dotychczas w stylu nowożytnym są urządzone wodociągi T-wa francusko-włoskiego w Dąbrowie, zakończył prelegent wskazaniami zadań, jakie zdaniem jego ciążą na Towarzystwie lekarskiem.

Po zaznajomieniu się obecnych z najważniejszemi ustępami ustawy, przystąpiono do wyborów, które dały wynik następujący: Do Zarządu wybrani zostali: prezesem kol. Czajkowski, wiceprezesem kol. Królikowski, sekretarzem kol. Weinzieher, skarbnikiem kol. Zieleniewski, bibliotekarzem kol. Puterman, członkami Zarządu kol. Dehnel i kol. Pfabe. Do komisyi rewizyjnej: kol. Wołkowicz, kol. Falkowski i kol. Kołudzki.

Na zasadzie §§ 22 i 23 ustawy ustanowiono składkę roczną dla członków rzeczywistych w wysokości 18 rb, z czego trzecia część, t. j. 6 rubli powinna iść na fundusz zapomogowy (dla podupadłych członków, oraz wdów i sierot po nich), 12 zaś rubli na ogólne potrzeby Towarzystwa.

Wnioski nagłe, przedstawione przez kol. Falkowskiego, postanowiono po dyskusyi przekazać zarządowi do rozważenia i przedstawienia opinii o nich na następnem zebraniu.

(Ciąg dalszy nast.).

S. Weinzieher (Będzin).

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

VI. Posiedzenie z dnia 12/25 października 1911.

Obecnych 26 członków i 4 gości.

Prezes kol. Wojnicz powiadamia zebranie o zgonach członków Tow., Drów Jana Wyzgo, Jana Stella-Sawickiego, Pawła Sawickiego, M. Wygodskiego i Szlezingera. Zgromadzenie po wysłuchaniu nekrologów uczciło pamięć zmarłych przez powstanie.

2) Kol. Kan wykłada: **O rentgenodyagnostyce w medycynie wewnętrznej** i pokazuje liczne rentgenogramy, wykonane w Wilnie i Berlinie. Wiadomo powszechnie, jak znakomite usługi oddaje chirurgom rentgenodyagnostyka. W medycynie wewnętrznej metoda prześwietlania i zdjęć rentgenowskich niewątpliwie odegra rolę doniosłą. Prześwietlanie daje badaczowi możność obserwować niektóre narządy wewnętrzne, a zarazem określać ich wielkość, ruchy i t. d., z czego wnosić można o czynności narządu i udziale jego w sprawie chorobowej. Zdjęcia rentgenowskie już obecnie w chorobach narządów klatki piersiowej dają nader cenne wskazówki, np. gruzełkowe nacieki w płucach, nie dające się rozpoznać metodami zwykłemi, a nawet podczas prześwietlania, uwidoczniają się na rentgenogramach. Poglądowo — na zdjęciach — pokazuje prelegent, jak należy odczytywać rentgenogramy.

3) Kol. Marenicz opowiada historyę powstania w Wilnie Wydziału wszechrosyjskiej **Ligi walki z gruźlicą** i jako prezes Zarządu Wydziału wileńskiego zdaje sprawę z dotychczasowej działalności Zarządu. Zarząd zwrócił się do wybitniejszych działaczy w organizacyi przeciwgruźliczej Królestwa Polskiego o poradę w sprawie zorganizowania wśród społeczeństwa propagandy idei walki z gruźlicą. Uprzejmie nadesłano dużo broszurek popularnych i wzory obwieszczeń z Warszawy, Łodzi i Krakowa. Obecnie Zarząd gromadzi materyały w sprawie sposobów walki z gruźlicą, oraz opracowuje plan owej walki stosownie do warunków miejscowych. Zarząd projektuje otworzyć ambulatoryum i żywi nadzieję wybudowania w pobliżu Wilna sanatoryum dla osób dotkniętych gruźlicą.

VIII. Posiedzenie z dnia 12/25 listopada 1911.

Obecnych 25 członków i 8 gości.

1) Kol. Świeżyński **O sztucznej odmie piersiowej w leczeniu gruźlicy płuc**. Mowca zaznacza, że przed laty pierwszy w Wilnie zaczął stosować intubacyę i obecnie pierwszy też zastosował odmę sztuczną w gruźlicy płuc. Po omówieniu powstania idei leczenia odmą i sposobów wykonania tego rękoczynu, oraz wskazań i przeciwwskazań, prelegent opisuje własny przypadek, w którym pomimo ciężkiej postaci gruźlicy płuc stosowanie odmy dało nadspodziewanie pomyślny wynik. Chora ze znacznie posuniętą sprawą gruźliczą w jednem płucu (jamy) i z naciekiem szczytu drugiego płuca, wyniszczona potami i gorączkująca stale pomimo dłuższego pobytu w sanatoryum, została uratowana tylko dzięki odmie sztucznej, dotychczas podtrzymywanej od roku przeszło. Ciepłota zaczęła obniżać się już wkrótce po osiągnięciu zupełnej odmy. Od pół roku chora nie gorączkuje, nie poci się, prawie zupełnie nie kaszle, czuje się zupełnie dobrze, waga znacznie wzrosła. Prelegent podaje statystykę Forlaniniego i innych autorów, z której dobroczynny wpływ odmy jasno się uwidocznia. Należy spodziewać się na ogół wyników dobrych w tych przypadkach, gdzie płuco może być uciśnięte zupełnie, przy niezupełnej bowiem odmie sprawa gruźlicza szerzy się częstokroć nawet szybciej. Rękoczyn zdaniem prelegenta nie jest trudny; należy przestrzegać, żeby koniec igły nie trafił w światło żyły, ponieważ wtedy może powstać zator, lub też w grube zrosty opłucnej, ponieważ łatwo gaz przedostaje się do śródpiersia, co wywołuje częstokroć objawy duszności. Pomimo względnej łatwości wykonania wymaga zabieg wielkiej cierpliwości od lekarza, jak również i od chorego. Pierwsze wpompowanie azotu do opłucnej wywołuje zwykle uczucie duszności (ograniczenie powierzchni oddychającej), silny kaszel i bóle po stronie odmy (rozrywanie zrostów opłucnej i podrażnienie), obfite wydzielanie plwociny (ucisk na płuco, ewent. i na jamy), podniesienie ciepłoty (szybsze wsysanie się endotoksyn gruźliczych). Gdy chory nieco oswoi się ze swym stanem, rękoczyn powtarza się dotąd, aż płuco zupełnie przestanie oddychać, poczem należy podtrzymywać odmę, bacząc ciągle, żeby płuco uciśnięte było jak najzupełniej. Naraz nie należy dużo uciskać, żeby chory stopniowo przyzwyczajał się do nowych warunków oddychania i żeby nie wywołać silnych bólów. Z biegiem czasu opłucna widocznie traci własność szybkiego wchłaniania azotu i zwykle potem coraz to mniej można wpompować. Prelegent pokazuje przyrząd Forlaniniego do wykonania odmy sztucznej, przyrząd do wytwarzania azotu z powietrza i 2 rentgenogramy płuca przed uciskiem i po ucisku.

2) Kol. Szatensztein: **O gorączce w III okresie przymiotu**. Mowca przytacza literaturę i opisuje przypadek z własnej praktyki, w którym wobec mylnego rozpoznania choroby i traktowania jej jako zimnicy stosowano leczenie

przetworami chininy bez pomyślnego wyniku, dopiero leczenie rtęciowe usunęło zupełnie gorączkę. Co się tyczy przyczyny gorączki, to prelegent zgadza się ze zdaniem większości autorów, którzy uznają, że nie wsysanie kilaków, lecz krętki i ich toksyny wywołują owe stany gorączkowe.

W dyskusyi Dr Gierszun stwierdza fakt, że w r. 1870 szkoła Fourniera już opisywała przypadki gorączkowania u kiłowych; Fournier wyraźnie opisuje pierwszy ową gorączkę. Klemperer zaś, o którym mówił prelegent, jak się to często zdarza, nie wiedział o tem, więc opisał ją znacznie później, jako coś nowego.

Sprawy sanitarne w Sejmie.

II.

Sprawozdanie sejmowej komisyi sanitarnej*) o sprawozdaniu Departamentu V. Wydziału krajowego, uchwalone przez komisyę według referatu posła prof. Dr Marsa, nie dostało się pod obrady Sejmu, który zamknięto 14. II. b. r. Sprawozdanie to składa się z trzech części: w pierwszej rozpatruje komisya »sprawy, opracowane w biurach Departamentu«, t. j. streszczone już przez nas i omówione Sprawozdanie Dep. V. za r. 1910/11; w drugiej — sprawozdanie inspektora szpitali krajowych; w trzeciej — podaje własne wnioski. Przytem zarówno na początku sprawozdania, jak i w wielu jego miejscach, powołuje się komisya na dawniejsze wywody i uwagi, które pomieściła w dwu poprzednich swoich sprawozdaniach, (niestety przez Sejm nie załatwionych na równi z obecnem).

Przytoczywszy zestawienia budżetowe i statystyczne Departamentu V, stwierdza komisya, że wydatki na żywienie chorych, na leki i potrzeby sanitarne zmniejszyły się na dzień i głowę, czyli, że mimo wzrostu ogólnego wydatków zaprowadzono oszczędności. Uwaga bardzo na czasie ze względu na te koła poselskie, które są na wzrost wydatków bardzo czułe, w dziale zdrowia publicznego do nich bądź co bądź jeszcze i dziś niezbyt pochopne, a którym stwierdzenie większej jeszcze, niż dotąd oszczędności, wytrąca z ręki argumenta, przeciwne większym na szpitalnictwo nakładom; ale uwaga ta da zapewne dużo do myślenia i tej części posłów, która rozumie, że w obecnych warunkach oszczędność w wydatkach szpitalnych na dzień i głowę nie w każdym względzie jest postępem, i że, jak słusznie podnosi komisya sanitarna w innem miejscu swego sprawozdania, »w szpitalnictwie krajowem dobrze zorganizowana administracya gospodarcza nie jest jego celem«, a celem »jest jakość i wydatność pracy całego szpitalnictwa dla kraju«.

Streszczając wiadomości o robotach rekonstrukcyjnych, adaptacyach i nowych budowach w obu szpitalach krajowych, w zakładzie kulparkowskim, w Kobierzynie i w szpitalach prowincyonalnych według sprawozdania Dep. V, dodaje do nich komisya sanitarna kilka nowych szczegółów, o których dowiedzieć się miała sposobność. I tak znajdujemy tu pomyślną, a ważną wiadomość o zgodzie Ministerstwa na poniesienie części zwiększonych kosztów urządzeń mechanicznych w lwowskiej nowej klinice dermatologicznej, której ukończeniu z wiosną r. b. i otwarciu nic już nie staje na przeszkodzie; dalej podnosi komisya »żywą akcyę ze strony czynników uniwersyteckich krakowskich« dla ostatecznego rozwiązania sprawy Domu porodowego w Krakowie, polecając gorąco poparcie tej akcyi »miarodajnym autonomicznym czynnikom na terenie wiedeńskim«; również pomyślne wieści zawiera sprawozdanie komisyi co do szpitala w Stanisławowie, gdzie odbyta już konferencya wysłanników Wydziału kraj. z Zarządem miasta dała nadzieję pomyślnego załatwienia sprawy. Mniej niestety pomyślne są ostatnie wiadomości co do szpitala w Bochni, gdzie Rada powiatowa odmówiła finansowego poparcia i co do szpitala w Jaśle, gdzie trudno wyszukać odpowiedni grunt pod nowy budynek szpitalny. Komisya podnosi konieczność znalezienia funduszów na własny wodociąg i oświetlenie elektryczne w Kulparkowie, podkreślając zwłaszcza doniosłość zapewnienia zakładowi temu dostatecznej ilości wody, oraz stawia za wzór wszystkim szpitalom w kraju projektowane zbudowanie leżalni w szpitalu kołomyjskim, prosząc Wydział krajowy o popieranie jaknajgorętsze tej sprawy w całym kraju. Z innych spraw szpitalnictwa zajmuje się komisya w osobnym obszernym ustępie poprawą bytu i reorganizacyą służby lekarskiej w szpitalach, bardzo stanowczo i dobitnie wywodząc, że jestto nietylko sprawa zawodowa lekarzy samych, ale także pierwszorzędny czynnik w rozwoju szpitalnictwa krajowego wogóle. Poglądy, wyrażone w tej mierze nie poraz pierwszy przez komisyę sanitarną Sejmu, są najzupełniej zgodne ze stanowiskiem, jakie w tej sprawie jeszcze przed pięciu laty zajęliśmy. »W dobrze zrozumianym interesie kraju« — czytamy w sprawozdaniu komisyi tegorocznem — »powinniśmy dążyć do tego, aby szpitalnictwo krajowe miało sił lekarskich możliwie jaknajwięcej, aby siły te.... były jak najtęższe, aby.... były ze szpitalami związane i oddawały im jaknajwięcej pracy. Niezbędne jest zatem stworzenie lekarzom warunków do spełnienia zadania, którego się od nich społeczeństwo domaga«. W związku z tem domaga się komisya, by »mnożyć placówki potrzebne, nowe w szpitalnictwie«, gdyż »poszczególne oddziały wzrosły do kolosalnych rozmiarów i przerastają siły lekarzy nimi kierujących«, a »z rozwojem nauki powstały nowe kierunki, które wymagają wyrazu widomego w szpitalnictwie krajowem« przez utworzenie stosownych oddziałów w szpitalach stołecznych i przez podzielenie większych szpitali prowincyonalnych na oddziały. Są to postulaty, którym w r. 1907 daliśmy w »Przeglądzie lek.« również wyraz, które dotąd nie są w dostatecznej mierze spełnione, a których wymienienie przez sejmową komisyę sanitarną z radością witamy, jako rokujące postęp i na tem polu.

Równą zgodność punktu wyjścia komisyi z naszem stanowiskiem stwierdzić należy w sprawie opieki nad podrzutkami. »Dla podrzutków« — ubolewa słusznie komisya — »niema w naszym kraju dzisiaj żadnej ostoi. Obecnie krajowe fundusze, na ten cel przeznaczone, idą na wychowanie podrzutków, umieszczonych za granicami kraju, gdzie ich wychowują w duchu innej narodowości. Jednostki te są dla nas stracone... Finansowe położenie kraju tamuje niewątpliwie dążności do zaradzenia złemu, nie zwalnia jednak od pewnych obowiązków w tym kierunku«. Zanim powstaną odpowiednie zakłady, porusza komisya myśl, czyby nie znalazło się między Zgromadzeniami zakonnemi takie, któreby przy pomocy kraju objęło opiekę nad podrzutkami.

W osobnych ustępach swego sprawozdania zajmuje się komisya całym szeregiem spraw, które Departament V tym razem w swem sprawozdaniu pominął. Są to prawie wszystkie te braki, któreśmy już wymienili, omawiając sprawozdanie Dep. V., a więc brak szczegółowych danych o szkole pielęgnowania chorych dla Sióstr zakonnych we Lwowie, brak dokładnego przedstawienia stanu okręgowej organizacyi sanitarnej (komisya dodaje wiadomość, że aktywowanych jest dotąd 182 okręgów i gorąco przemawia za poprawą bytu lekarzy okręgowych), brak wszelkich wiadomości o zdrojownictwie, brak osobnego zobrazowania udziału kraju w walce z gruźlicą i programu dalszej akcyi, brak wiadomości o próbach leczenia matołectwa i t. d. Ta zgodność wywodów komisyi sanitarnej Sejmu o brakach tegorocznego sprawozdania Departamentu V. Wydziału krajowego z naszemi w tym przedmiocie uwagami, jest chyba czemś więcej, niż szczególnym zbiegiem okoliczności. Upatrywalibyśmy w niej jednomyślne odczuwanie w szerszych już sferach, że zakres zadań kraju na polu społeczno-higienicznem wzrasta i coraz więcej wzrastać musi i że konieczną jest rzeczą, aby nasz rząd autonomiczny nietylko za tym wzrostem postępował, ale aby go uprzedzał, przewidująco w swoją rękę ujmował i sam nowe tory dłań wytykał. Jednem słowem, mniemamy, nadszedł widocznie czas, że naczelnym naszym władzom autonomicznym przypadnie nietylko spełniać postulaty, podnoszące się na tem polu z grona posłów sejmowych, ze sfer lekarskich i z szerszych kół społeczeństwa, ale że przypadnie im także objąć rolę kierowniczą i przodującą.

Z niewspomnianych przez nas, a podniesionych przez komisyę spraw tego zakresu, spotykamy wcale ważną sprawę pomnożenia liczby członków Najw. Rady Zdrowia, powoływanych z Galicyi, gdyż obecna liczba, sześciu, daleką jest jeszcze od zadośćuczynienia naszym uzasadnionym żądaniom. Słusznie też przypomina komisya, że »zbliża się czas nowych nominacyi, a tem samem i pora do ponowienia naszych żądań«, jak to Wydział krajowy postanowił uczynić w odpowiednim czasie. Natomiast sprawę zmiany normy żywienia w szpitalach, którą już zajął się Wydział krajowy, omawia może komisya sanitarna — naszem zdaniem — zbyt krótko, w stosunku do jej doniosłości. Uderza też w sprawozdaniu sejmowej komisyi sanitarnej zupełny brak wzmianki o sprawie szpitala dla dzieci św. Ludwika w Krakowie, choć, jak mniemamy, jest to rzecz znaczniejszej wagi nietylko dla Krakowa i okolicy, a sposób traktowania jej

*) Opublikowane w Nr. 4 »Głosu lekarzy«.

przez Wydział krajowy wymagałby może zajęcia pewnego stanowiska.

Sprawozdanie Inspektoratu szpitali omawia komisya sanitarna w ogólnym zarysie, słusznie pochwalając ulepszoną od lat kilku przejrzystszą formę tych sprawozdań i widniejącą z nich pewną planowość w akcyi, świadomej celu. Ta planowość i konsekwentne prowadzenie systematycznej akcyi, w ciągu lat kilku wydały już i wydawać będą dalej obfite i rychłe plony. Komisya podnosi, że w sprawozdaniach dawniejszych była »głównie mowa o niedostatkach budowli, ich położenia i rozmiarów«, gdy dziś więcej zwraca się w tych sprawozdaniach uwagi na urządzenie wewnętrzne, na sprawę leczenia i pielęgnowanie chorych. »Ta różnica«, stwierdza komisya, »powstała samorzutnie i jest wynikiem ciągłego rozwoju szpitali (scil. prowincyonalnych), które z niewielu wyjątkami przedstawiają się dzisiaj co do budowli lepiej, aniżeli szpitale krajowe« (tj. we Lwowie i w Krakowie). Dowiadujemy się też ze sprawozdania komisyi, że za wzorem już urządzonych w Krakowie i we Lwowie pracowni rentgenologicznych, mają powstać takież pracownie w szpitalach w Przemyślu i Tarnowie i że Wydział krajowy przygotowuje obszerniejszą publikacyę o stanie naszych szpitali, którą ma wydać Ministerstwo spraw wewnętrznych.

Wreszcie wnosi komisya sanitarna, aby Sejm, przyjmując do wiadomości 3 ostatnie sprawozdania Departamentu V. (t. j. od r. 1908 do 1911), uchwalił wezwać Rząd: 1) do zbudowania w Galicyi państwowego Zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy, 2) do przeznaczenia dla Galicyi z państwowego funduszu przeciwgruźliczego zasiłku w stosunku do liczby ludności, 3) do przyspieszenia rokowań w sprawie budowy Domu porodowego w Krakowie, 4) do szybszego opracowania planów i kosztorysów brakujących jeszcze we Lwowie 3 budynków klinicznych, 5) do szerokiej akcyi w sprawie leczenia i zapobiegania jaglicy, 6) do przyspieszenia budowy szpitala w Nadwórnej i pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju; oraz, aby Sejm polecił Wydziałowi krajowemu: 7) przyspieszenie rokowań z Rządem o Dom porodowy wspólny z kliniką w Krakowie, a gdyby one do połowy r. 1912 nie mogły być ukończone, rozpoczęcie planów na pawilon wyłącznie dla celów szpitalnych i szkoły położnych (bez kliniki), 8) zwołanie ankiety w sprawie zaopatrzenia kraju w dobrą wodę, 9) zebranie materyałów do projektu ustawy o gminnych przytułkach dla nieuleczalnie chorych, 10) przygotowanie na najbliższą sesyę sejmową planu reorganizacyi lekarskiego personalu szpitalnego, 11) przedstawienie w najbliższej sesyi Sejmu wniosków na podstawie wyników ankiety przeciwgruźliczej, 12) wprowadzenie nowej normy żywienia chorych w szpitalach i przedstawienie jej Sejmowi w najbliższej sesyi, 13) jak najrychlejszą rekonstrukcyę tych budynków w krakowskim szpitalu św. Łazarza, których przeznaczenie się nie zmieni, 14) staranie o zaopatrzenie zakładu w Kulparkowie w dostateczną ilość wody i oświetlenie elektryczne, oraz przedstawienie planu i kosztorysu budynku mieszkalnego dla funkcyonaryuszy Zakładu, 15) jaknajrychlejszą budowę pawilonu izolacyjnego w szpitalu w Drohobyczu.

W ten sposób wnioskami swymi uzupełnia komisya sanitarna sejmowa wiele z tego, czego brak w tegorocznem sprawozdaniu i wnioskach Wydziału kraj., dając zarazem wyraz niektórym ważnym postulatom z szeregu tych, które podnosi Krajowa Rada zdrowia. Postulaty te, dzięki poruszeniu ich przez komisyę sanitarną, zwrócą może nareszcie (gdy sprawozdanie komisyi doczeka się załatwienia) na siebie uwagę Sejmu, który ma w ręku ich spełnienie. C.

Sprawa Morszyna.

W fundacyi im. Stillerów dla wdów i sierót po członkach Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamierzone są zmiany, o których decydować będzie jedno z najbliższych Walnych Zgromadzeń Towarzystwa. Ponieważ sprawa ta wielu członkom Towarzystwa nie jest dość szczegółowo znana, przeto przytaczamy (z nieznacznemi skróceniami) sprawozdanie Wydziału krajowego, przedłożone w tej sprawie Sejmowi w bieżącej sesyi.

»Zmarły w Morszynie dnia 14. stycznia 1884 ś. p. Bonifacy Stiller aktem darowizny z daty Lwów, 12. marca 1881, zapisał dobra Morszyn i zdrojowisko Towarzystwu lekarzy galicyjskich na własność z tem przeznaczeniem, że dochody tych dóbr służyć mają na wsparcia dla wdów i sierot po zmarłych członkach wspomnianego Towarzystwa wyznania chrześcijańskiego. W myśl rozporządzenia ś. p. fundatora z darowizny tej utworzona została fundacya im. Bonifacego i Magdaleny Stillerów, dobra Morszyn i zdrojowisko stanowią po wieczne czasy kapitał żelazny tejże fundacyi, a obdarowane Towarzystwo podług ustępu III. aktu darowizny nie ma prawa ani mocy do sprzedania lub jakiegokolwiekbądź pozbywania tego majątku, a to pod nieważnością aktu i z tem dalszem następstwem, iż w takim wypadku dobra Morszyn i zdrojowisko staną się własnością kraju z obowiązkiem użycia dochodów na cel wspomniany.

Objąwszy po śmierci ś. p. Bonifacego Stillera w styczniu r. 1884 posiadanie dóbr Morszyn i zakładu kąpielowego tamże, zastało Towarzystwo lekarzy galicyjskich dobra te, a przedewszystkiem zakład kąpielowy w bardzo opłakanym stanie, położenie zaś było tem trudniejsze, iż na Morszynie ciążyła podówczas pożyczka Banku austro-węgierskiego w sumie 18.000 zł. w. a. czyli 36.000 koron. Ze sprzedaży części drzewostanów i z kapitału propinacyjnego spłacono pożyczkę Banku austro-węgierskiego i poczyniono najniezbędniejsze wkłady w Morszynie. W pierwszych latach nie przynosił Morszyn żadnego dochodu i dopiero od roku 1897 mogło Towarzystwo lekarzy galicyjskich z dochodów Morszyna udzielać wdowom i sierotom po członkach Towarzystwa pewnych zasiłków, a mianowicie wypłacono w roku 1897 kwotę K 2.330, w roku 1898 kwotę 3.000; później jednak dochody z każdym rokiem malały, a ponieważ zakład kąpielowy był bardzo prymitywnie urządzony, zmniejszała się z każdym rokiem frekwencya i Towarzystwo miało zawsze największe trudności w wyszukaniu lekarza zdrojowego, gdyż wobec braku zakładu kąpielowego, żaden z bardziej wziętych lekarzy nie chciał ryzykować straty czasu i trudu na sezon morszyński. Przyszedłszy do przekonania, że bez znaczniejszych wkładów nie podobna Morszyna podnieść i zapewnić spełnienie intencyi fundatora, upoważniło Walne Zgromadzenie Towarzystwa uchwałą z 28. lutego 1900 Radę Zawiadowczą do zaciągnięcia na hipotekę Morszyna pożyczek do wysokości K 100.000.

Pomimo, że całej waluty tych pożyczek użyto na wkłady w budowę łazienek i innych urządzeń zakładu Morszyńskiego i mimo, że podniesiono dochód z dzierżawy folwarku, przedstawia się obecny stan rentowności Morszyna jeszcze gorzej, aniżeli dawniej. Od roku 1904 nie miało Towarzystwo z Morszyna żadnych dochodów, któreby w myśl intencyi fundatora mogły być użyte na wsparcia wdów i sierót po członkach Towarzystwa, ale przeciwnie w ostatnich latach wykazywały zamknięcia rachunkowe Morszyna zatrważające niedobory. W szczególności wynosiły te niedobory: w roku 1907 kwotę K 3.256·41, w r. 1908 kwotę K 4.457·91, a również i rok 1909 zamknięty został poważnym niedoborem 1.289 K 84 h. Te niedobory pokrywało dotychczas Towarzystwo zaliczkami z innych funduszów Towarzystwa.

W tym stanie rzeczy musiało Towarzystwo przyjść do przekonania, że Morszyn nietylko nie spełnia celu zamierzonego aktem donacyjnym ś. p. Bonifacego Stillera, ale przeciwnie staje się dla Towarzystwa dotkliwym ciężarem. Wskutek tego wybrało Walne Zgromadzenie osobną Komisyę do zbadania tej sprawy, która doszła do przekonania, że wśród obecnych stosunków nietylko nie można liczyć na jakąkolwiek rentowność Morszyna, ale przeciwnie będzie zakład zdrojowy z każdym rokiem upadał, a frekwencya gości będzie coraz mniejszą. Naturalnem jest bowiem, że każdy Zakład zdrojowy, pominąwszy nawet większe inwestycye, wymaga co roku znacznych wkładów na utrzymanie i odnowienie budynków, urządzeń zdrojowych i inwentarza, a wykluczonem jest na przyszłość, by Towarzystwo z innych swoich funduszów mogło udzielać Morszynowi zaliczek.

Nie mając nadziei na polepszenie tego rzeczywiście opłakanego stanu rzeczy, musiało Towarzystwo przyjść do przekonania, że pozostając przy własności Morszyna, nie zdoła spełnić szlachetnych intencyi fundatora. Gdy jednak w myśl cytowanego aktu donacyi Morszyn miał być tylko środkiem, a celem miało być wspieranie wdów i sierót po członkach Towarzystwa, nasuwa się z logiczną koniecznością myśl, ażeby przystąpić do sprzedaży Morszyna. Fundator zabronił wprawdzie Towarzystwu sprzedaży darowanego majątku i zastrzegł, że w takim razie przeszedłby Morszyn na własność kraju, który miałby spełniać intencye fundatora, nie można się przecież łudzić, by kraj, objąwszy Morszyn na własność, mógł z tego, obecnie biernego majątku osiągnąć odpowiednie dochody. Te same bowiem względy, które zabraniają Towarzystwu lokowania swoich funduszów w tak wątpliwy jak Morszyn interes, nie pozwalałyby, aby fundusz krajowy angażował się w interes morszyński. Rezultat więc byłby podobnie smutny, a mianowicie, że Morszyn zacząłby coraz

bardziej upadać, a wdowy i sieroty po lekarzach galicyjskich nie miałyby z tego majątku żadnych zasiłków.

Dyrekcya Banku krajowego oszacowała dobra Morszyn w r. 1907 na 186.000 K. W tym szacunku nie uwzględniono wcale wartości rębnych już drzewostanów, które wedle opinii znawców przedstawiają wartość K 70.000—80.000. Nadto przyjęto wartość budynków gospodarskich, karczem i zakładu kąpielowego tylko na K 34.000 pomimo, że wartość części spalnych tych budynków wynosi wedle polic asekuracyjnych K 109.596. Wreszcie nie uwzględniono wartości leczniczej wód morszyńskich i ewentualnego dochodu z rozpoczętych już wierceń za kainitem, jak niemniej bardzo wartościowych pokładów gliny. Przy uwzględnieniu więc tych pominiętych w szacunku Banku krajowego wartości, przychodzi się do wniosku, że za Morszyn wraz z zakładem kąpielowym możnaby dostać około 320.000 K. Gdy zaś długi Morszyna, a mianowicie pożyczka Banku krajowego i zaliczki, z innych funduszów Towarzystwa Morszynowi udzielone, wynoszą mniej aniżeli 120.000, więc pozostałoby ze sprzedaży netto co najmniej 200.000 K, a roczny procent od tego kapitału wynosiłby 8.000 K i stanowiłby poważny zasiłek na wsparcia dla wdów i sierót po członkach Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Wkłady, jakie Towarzystwo dotychczas przez zaciąganie pożyczek i przez zaliczkowanie z innych swoich funduszów w Morszyn poczyniło, okazały się niewystarczającymi i wedle opinii fachowych członków Towarzystwa mógłby Morszyn liczyć na rozwój i stały dochód dopiero wtedy, gdyby poczyniono wkłady w wysokości przynajmniej pół miliona koron. Fundacya Stillerów nie posiada jednak żadnych kapitałów, a gdy Towarzystwo nie może innych swoich funduszów obracać na wkłady morszyńskie i gdy jest wręcz wykluczonem, ażeby na hipotekę Morszyna można zaciągnąć taką pożyczkę, któraby na takie wkłady wystarczała, jasnem jest, że Morszyn nietylko nie będzie przynosić dochodów, ale przeciwnie z każdym rokiem coraz bardziej upadać musi.

Towarzystwo, widząc, że wszystkie dotychczasowe usiłowania mimo gorliwej i bezinteresownej pomocy członków Towarzystwa, zajmujących się Morszynem, pozostały bezowocnemi, musiało powziąć decyzyę sprzedaży Morszyna. Sprawa zaś ta jest tem naglejszą, że w razie przedłużania obecnego stanu znaleść się może Towarzystwo pod grozą licytacyi Morszyna ze strony Banku krajowego, który na ten majątek pożyczki udzielił.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że kapitał uzyskany ze sprzedaży Morszyna względnie reszta, da pewny i stały dochód, który w myśl intencyi fundatora będzie mógł być użyty na zapomogi, a przeciwnie nie można się łudzić, by w razie zatrzymania Morszyna nadal przy własności Towarzystwa cel ów mógł być osiągnięty.

W tym stanie rzeczy Wydział krajowy na prośbę Towarzystwa lekarzy galicyjskich celem umożliwienia temu Towarzystwu sprzedaży Morszyna przedstawia wniosek następujący: Sejm upoważnia Wydział krajowy do zrzeczenia się imieniem kraju decyzyą Wydziału krajowego z 30. czerwca 1891 L. 22.649 przyjętych praw i obowiązków, określonych w ustępie III. aktu donacyi ś. p. Bonifacego Stillera z daty Lwów, 12. marca 1881 w art. III. aktu fundacyi im. Bonifacego i Magdaleny Stillerów«.

W sprawie projektowanych zakładów sanitarnych w Krakowie.

Naczelny lekarz miejski Krakowa, Dr Tomasz Janiszewski i bakteryolog miejski, doc. Dr Roman Nitsch, opracowali pod tym tytułem obszerny elaborat, w którym, określając zasadnicze stanowisko Miejskiego Urzędu zdrowia w sprawach higieny publicznej, wyjaśniają konieczność i doniosłość nowych zakładów sanitarnych: domu izolacyjnego, zakładu odkażania i pracowni bakteryologicznej i opisują obecny stan rzeczy oraz plan i przyszłą działalność tych zakładów.

Dla czytelników »Przeglądu lekarskiego« zbyteczną byłoby rzeczą omawiać potrzebę i znaczenie zakładów tego rodzaju i dlatego nie przytaczamy tu tej części publikacyi Dr Janiszewskiego i doc. Nitscha. Wspomnieć jednak należy, że widnieje z niej głębsze pojmowanie zadań Urzędu zdrowia, oparte na ogólnej idei przewodniej, na przejęciu się sprawą higieny rasy, sprawą jej udoskonalenia, co jak wszędzie, tak i nas, ma wielkie znaczenie narodowospołeczne. Do tych zasad naczelnych dostraja krakowski Urząd zdrowia cały, częściowo już wykonany, program reform sanitarnych, którego ważną częścią jest właśnie należyte zorganizowanie walki z chorobami zakaźnemi zapomocą wspomnianych trzech zakładów.

W tej sprawie piszą Dr Janiszewski i doc. Nitsch, co następuje:

»Kraków ma obecne zakłady dla chorych zakaźnych bardzo niedostateczne jużto co do rozmiarów, jużto co do wygód i komfortu. Brak wielki leży też w tem, że z wyjątkiem kilku separatek w klinice i w szpitalu, w całym Krakowie niema miejsca, gdzieby przyjąć można było z chorem dzieckiem i matkę lub inną osobę towarzyszącą, niechcącą opuszczać chorego. Zaś nigdzie nie jest możliwe to, czego sobie nieraz chorzy lub ich rodzina życzą, żeby domowy lub inny lekarz, mający ich zaufanie, mógł po przewiezieniu do szpitala leczyć i nadal chorego. Z tych powodów niezawsze udaje się namówić rodzinę, nieraz nawet biedną, do oddania dziecka chorego np. na płonicę do szpitala. Oczywiście niema w tych warunkach mowy o skutecznem przeciwdziałaniu rozszerzaniu się choroby zakaźnej. Dlatego to Kraków ma bardzo wysoką cyfrę rocznych zachorowań i śmierci na choroby zakaźne (stosunkowo znacznie wyższą, niż większe miasta leżące w niemieckich prowincyach Austryi).

Dom izolacyjny ma stanąć w najzdrowszej części miasta, na gruntach dawnego zakładu kontumacyjnego w Prądniku białym. Pawilony zakaźne projektuje się dwojakiego typu. Dwa pawilony o salach wspólnych dla pewnej ilości chorych i dwa o osobnych pokojach dla każdego chorego. W obu typach uwzględniono sale dzienne dla chorych, możliwość przebywania matki z chorem dzieckiem, możliwość odwiedzania chorych, dostarczania jedzenia i bielizny bez obawy przeniesienia choroby. Pawilony będą miały przyrządy do dezynfekcyi plwocin, kału i moczu. Oczywiście będzie w pawilonach telefon, przez który każda osoba interesowana będzie mogła zawsze rozmówić się z miastem. Do przewożenia chorych służyć będzie specyalna karetka.

W razie wybudowania pawilonów można będzie w przeciągu kilku lat zmniejszyć nadmierną liczbę przypadków zachorowań i śmierci z chorób zakaźnych.

Śmiertelność w miastach niemieckich, liczących więcej niż 15.000 mieszkańców i w Krakowie wynosiła na tysiąc mieszkańców rocznie:

Lata	Miasta niemieckie	Kraków
1877—1881	27	37
1882—1886	27	34
1887—1891	23	42
1892—1896	22	37
1897—1901	20	34
1902—1906	18	32

(Obliczenie ze sprawozdań Krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi).

Gdy śmiertelność z gruźlicy wynosiła w roku 1905 na każde 10.000 mieszkańców: w Antwerpii 13·1; w Amsterdamie, Brukseli, Londynie 14·7; w Berlinie 21·4; w Paryżu 38; to we Lwowie wynosiła ona w roku 1905 71·7, a w Krakowie 84·8 na każde 10.000 tysięcy mieszkańców! (Obliczone według cyfr podanych w »Oesterreichisches Sanitätswesen«).

Obecny zakład dezynfekcyjny nie odpowiada potrzebom miasta tak wielkiego, jak Kraków, ani co do rozmiarów, ani co do urządzeń wewnętrznych.

Także jego obecne umieszczenie na Dajworze w obrębie zakładu Talarda jest bardzo nieodpowiednie. Przy samem wejściu do zakładu dezynfekcyjnego stoją wozy, służące do wywożenia nieczystości z dołów kloacznych, z których rozchodzi się, zwłaszcza w lecie, woń nieprzyjemna. Zakład sam podzielony został w r. 1909 ściśle na 2 części: odkażoną (czystą) i zakażoną (nieczystą) i zostały w nim również wtedy sprawione te wszystkie urządzenia, które umożliwiają obecnie przeprowadzenie dezynfekcyi bez wielkich błędów. Przed rokiem 1909 nie było właściwie w Krakowie zakładu dezynfekcyjnego, bo stary zakład, zbudowany w roku 1886 według ówczesnych wymogów, został później zupełnie zaniedbany.

Obecny zakład mieści po stronie nieczystej (do której wjeżdża się przez składy Ekonomatu miejskiego) szopę, służącą do dezynfekowania wozów, w których przewieziono rzeczy zakażone lub osoby stykające się z zakaźnie chorymi. W tej samej

szopie mieści się również skład aparatów dezynfekcyjnych, wapna i remiza na wozy. Przez bardzo małe podwórko przechodzi się do sali dezynfekcyjnej nieczystej. Jest to niewielka izba, w której ścianę wmurowano aparat do dezynfekcyi parą, drugi do dezynfekcyi formaliną i trzeci do gotowania pościeli i bielizny zakażonej. Czasem cała ta izba z powodu swej szczupłości zawalona jest rzeczami zakażonemi, przywiezionemi z miasta, tak że trudno się w niej poruszać.

Pracę w niej spełnia jeden dezynfekcyonaryusz, ubrany w chałat szczelnie zapięty, buty płócienne i kaptur na głowie. Przez jego ręce przejść powinna każda sztuka bielizny czy pościeli, każda część ubrania, którą przywieziono do odkażenia. W zagranicznych większych miastach służbę po stronie nieczystej pełni kilka osób; nie jest to za dużo wobec nawału pracy, jaką przynoszą niektóre dni; rzeczy troskliwie przebrane, przeznaczone i starannie umieszczone w aparatach dezynfekcyjnych, nie ulegają zamianie, nie niszczą się i nie mną się tak jak u nas, gdzie wszystkie te czynności musi spełniać jeden człowiek.

Gdy dezynfekcyonaryusz wszystkie rzeczy umieści w przyrządach odkażających i zamknie je szczelnie, daje znać telefonem na stronę czystą, że przyrządy są naładowane i że można zacząć odkażanie, porządkuje izbę nieczystą, zlewa w niej podłogę i ściany sublimatem lub lysolem, zostawia swoje ubranie po stronie nieczystej i przechodzi do łazienki, w której się kąpie i obmywa dokładnie, a wyszedłszy z łazienki ubiera się w pokoiku po stronie czystej w inną bieliznę i ubranie i tak oczyszczony przechodzi na stronę czystą.

Na stronę czystą obecnego zakładu dezynfekcyjnego wchodzi się przez zakład Talarda. Składa się ona z podwórka, remizy i małego budynku, złożonego z trzech ubikacyi. Panuje tam wielka ciasnota, czego następstwem jest trudność utrzymania porządku.

Z trzech ubikacyi, pierwsza służy za kotłownię i warstat maszynisty: równocześnie mieści się w niej ustęp i podręczny skład węgla. Ubikacya ta jest tak mała, że 3 ludzi trudnoby się w niej poruszało; woń z ustępu zanieczyszcza nieraz jej powietrze, mimo, że ściany starannie oklejono papierem. Od kotła rozchodzi się wielkie gorąco, kocioł stary, zniszczony, nie nadaje się według opinii znawców więcej do naprawy.

Z kotłowni przechodzi się do sali dezynfekcyjnej po stronie czystej. Jest to ubikacya, która może mogłaby uchodzić za dużą w mieszkaniu ludzi niezamożnych, ale której rozmiary są wprost śmieszne, jeśli się żąda, aby wystarczyły na salę dezynfekcyjną dla całego Krakowa. Oświetlona jednem dużem oknem ma starożytne urządzenie wentylacyjne u sufitu. Mieści się w niej po połowie 3 przyrządów dezynfekcyjnych, wmurowanych w jedną ścianę. Z nich 1) duży aparat do dezynfekcyi parą, w użyciu od 25 lat, jest tak stary i tak zniszczony, że każdego dnia może wprost rozlecieć się; tę opinię wydała o nim już niejedna komisya znawców; 2) aparat formalinowy jest jeszcze dobry, ale o wiele za mały na potrzeby Krakowa; 3) przyrząd do gotowania bielizny nie może obecnie spełniać należycie swego zadania bez maszyny do prania bielizny, bez suszarni, bez magli i bez prasowalni.

Trzecia mała ubikacya po stronie czystej przeznaczona jest na pokoik dla dyżurnego dezynfekcyonaryusza, który w nim i noc przepędza.

W kilku słowach poruszymy teraz sprawę wykonywania dezynfekcyi w mieście, w mieszkaniach. I ta rzecz niestety nie dzieje się jeszcze tak, jakby można wymagać. Jedną z przyczyn jest za mała ilość służby dezynfekcyjnej. Jest ich wszystkich 7 ludzi, prócz tego jeden maszynista, który musi siedzieć w zakładzie przy kotle i dwóch woźniców.

Z siedmiu ludzi, przeznaczonych do wykonywania dezynfekcyi, jeden musi zostawać w zakładzie dezynfekcyjnym dla odkażania rzeczy przywożonych z miasta. Jego zadaniem jest też (przeważnie) przynoszenie ubrań osób kąpiących się w domu izolacyjnym do zakładu i odkażanie tych ubrań.

Pozostałych 6 ludzi wykonuje odkażanie mieszkań w mieście. Jeśliby dziennie wypadło tych odkażań 4—5, to ludzie ci mogliby sprostać zadaniu i możnaby wymagać od nich większej dokładności w robocie. Ale często się zdarza, że wypadnie wykonać odkażanie w 6, 7, 8, a nawet i 9 mieszkaniach dziennie.

W r. 1911 wykonano w Krakowie formaliną dezynfekcye w 1.263 ubikacyach, sublimatem dezynfekcye w 1.110 ubikacyach, odkażono korytarzy, klatek schodowych, studni 690. Objętość w metrach kubicznych ubikacyi odkażonych formalną wynosiła 95.806 m³.

Odkażono wozów, fiakrów, karetek, służących do przewożenia zwłok, lub ludzi chorych na zakaźne choroby 409. Zabrano do dezynfekcyi w zakładzie rzeczy (pościel, ubrania, bieliznę) z 1.439 mieszkań. Nadto odkażono ubrania 3.118 osób, kąpiących się w domu izolacyjnym.

Dezynfekcye te wykonano po następujących chorobach: po płonicy 820 razy, po gruźlicy 462 razy, po błonicy 246 razy, po durze brzusznym 140 razy, po durze plamistym 4 razy, po odrze 23 razy, po róży 10 razy, po ospie 5 razy, po wągliku 4 razy, po czerwonce 8 razy, po innych chorobach 75 razy. Prócz tego odkażono 67 razy transporty włosów, pochodzących z różnych stron świata (Chiny).

Nowy zakład ma być kilka razy większy niż obecny, ma zawierać dużą salę do sortowania rzeczy po stronie nieczystej i taką samą odpowiadającą jej wielką salę po stronie czystej. Ma mieścić dość obszerną i wygodną łazienkę dla dezynfekcyonaryuszy, pokój dla dyżurnych, ubikacye do rozbierania się i ubierania dla nich po kąpieli, skład na chemikalia do dezynfekcyi i na przenośne aparaty dezynfekcyjne. W nowym zakładzie projektowana jest pralnia z maszynowem urządzeniem, suszarnia, gdzieby bieliznę mokrą z centryfugi można w krótkim czasie wysuszyć, a potem wyprasować. Przewidziano też pokój na cerowalnię, gdzieby można łatać bieliznę uszkodzoną. Starano się w projekcie o to, żeby dezynfekcya była możliwie staranna i żeby zwracano publiczności rzeczy z zakładu nietylko odkażone, ale o ile można czysto uprane i gotowe do użycia.

Miejski d o m izolacyjny obecnie mieści się w skromnym parterowym budynku, częściowo przez grzyb zniszczonym i ze starej fabryki latarń przerobionym. Dom ten służy do kąpieli osób po chorobach zakaźnych jakoteż i domowników, o ile stykali się z chorymi. Nazwa jego więc nie jest całkiem odpowiednia. Dom ten powinien się właściwie nazywać »łaźnią miejską do kąpieli osób po chorobach zakaźnych«.

Przystosowano go w r. 1909 o ile można najlepiej do celu, któremu służy obecnie, mimo bardzo nieodpowiedniego rozkładu ubikacyi i mimo szczupłości budynku. Prócz szczupłości lokalu jest jego wielką wadą złe funkcyonowanie piecyków gazowych, ogrzewających łazienki i brak poczekalni dla osób po kąpieli. Wskutek tego publiczność musi po kąpieli wychodzić wprost na dwór.

Dziennie kąpie się tam do 20 osób. Zdarza się jednak nierzadko, że ilość ta przekracza 20, a nawet czasem 30 osób dziennie w różnych porach. Ubranie i bieliznę osób kąpiących się musi przenosić pieszo do obecnego zakładu dezynfekcyjnego dyżurujący w nim sanitaryusz, co zabiera za każdym razem 15—20 minut czasu i wywołuje częste przerwy w jego właściwej pracy. Tak dzieje się, że w warunkach najpomyślniejszych czeka się 3—4 godzin na rzeczy. Ludzie, zmuszeni do przejścia przez dom izolacyjny, tracą na próżno czasem kilka godzin i otrzymują nieraz ubranie pomięte, zanieczyszczone, z czego wynikają usprawiedliwione skargi.

Zaprojektowano przyszły dom izolacyjny tak, że publiczność, przybywająca tam, znajdzie wygodne i czyste, w zimie ogrzane poczekalnie (dla płonicy osobne, osobne dla błonicy i innych chorób), w których wygodnie czas przepędzi, o ile nie będzie mogła zaraz udać się do kąpieli. Łazienki też mają być wygodnie urządzone, ogrzane, widne, z nich wyjście prowadzi drugiemi drzwiami do poczekalni, w których po kąpieli każdy będzie mógł zatrzymać się, jak długo zechce, zanim wyjdzie do miasta.

W obecnym »Domu izolacyjnym« kąpało się w roku 1910 osób 1.312, a w r. 1911 osób 3.118. Ubranie i bielizna wszystkich tych osób zostały równocześnie odkażone«.

(Dok. nast.).

Z zakresu higieny szkolnej

napisał

Dr Adolf Klęsk

lekarz szkolny.

Higiena szkolna zyskuje sobie coraz to szersze pola działania, a przeglądem dość już obfitych plonów był III. międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej w Paryżu (2—7 sierpnia). Instytucyę lekarzy szkolnych spotykamy już obe-

cnie niemal we wszystkich państwach, choć po większej części lekarze pełnią te czynności jako zajęcie uboczne przy innem, zwłaszcza obok służby rządowej, lub miejskiej. Co do wynagrodzeń, to w Anglii specyalni lekarze szkolni pobierają 6000 K rocznie; gdzieindziej lekarze rządowi, pełniący czynności w szkołach, pobierają prócz pensyi rządowej dodatek szkolny, a w niektórych krajach lekarze mają wynagrodzenie od każdego badanego dziecka (zwykle około 2 koron za głowę). Przeważnie bada się dzieci wstępujące i występujące ze szkoły, przyczem prowadzi się odpowiednie zapiski dla każdego dziecka lub klasy. We Francyi lekarze (bardzo zresztą źle płatni) mają badać dwa razy do roku wszystkie dzieci szkolne.

Niezmiernie pomocne okazały się dla lekarzy tak zwane Siostry szkolne (Nurse, Schulfürsorgeschwester). W Anglii, która pierwsza wprowadziła u siebie te pomocnice, Siostry szkolne rekrutują się z położnych, które prócz tego odbywają 6 miesięczny kurs pielęgnowania chorych. Siostra taka pomaga lekarzom w badaniach, rozbiera i ubiera dzieci, kontroluje, czy zarządzenia lekarza są spełniane, ewentualnie odwiedza dzieci po domach i poucza rodziców o higienie i t. p. Pobiera za to rocznie 40—60 funtów szterlingów (1000—1500 koron). Lekarze szkolni w Anglii twierdzą, że nie wyobrażają już sobie obecnie swej czynności bez pomocy Sióstr szkolnych. Również i w Ameryce Siostry te oddają ogromne usługi, pilnując dzieci w szkołach na świeżem powietrzu, przeprowadzając odkażania klas, ew. opatrując małe rany, zakraplając oczy, udzielając pierwszej pomocy i pouczając higieny. Siostra taka kontroluje też czystość ciała dzieci, dozoruje kąpieli, czystości gmachu szkolnego, palenia w piecach i t. p.

Co do sposobu samego badania dzieci, to niestety bywa ono jeszcze bardzo różne, co utrudnia bardzo następowe porównania statystyczne. Do badania obwodu i zmian kształtu klatki piersiowej przy wdechu i wydechu, podał Dr Dufestel bardzo dogodny przyrząd, nazwany torakografem.

Lekarz odwiedzać powinien szkołę często, lecz nie codziennie, albowiem, jak twierdzi Dr James Kerr, w Ameryce doprowadziło to do szablonu, przed czem z całych sił bronić się należy. Natomiast godne polecenia są raz w tydzień konferencye lekarza z przybyłymi na ten cel do niego rodzicami.

Freemantle podnosi, że można zrobić bardzo wiele, ale wprowadzając wszelkie reformy w szkole tylko zwolna i po kolei. A ileż już rzeczy w ten sposób przeprowadzono! Dość wspomnieć szkoły leśne, na świeżem powietrzu, na dachach domów, (zwłaszcza w Ameryce), dalej szkoły dla dzieci upośledzonych umysłowo i fizycznie, ambulatorya i polikliniki szkolne, kuchnie (Francya) i rozdawanie posiłku w szkole (Niemcy), oraz t. zw. kasy szkolne, oddające we Francyi doskonałe usługi. Kasy te prowadzą we własnym zarządzie szkolne kantyny, kolonie wakacyjne, szwalnie, rozdawnictwo i sprzedaż wyjałowionego mleka i t. p. Wieczorami w szkołach odbywają się kosztem tych kas kursa muzyki, języków, rzemiosł, stenografii, pisania na maszynie, automobilizmu, ogrodnictwa i t. p. Kasy te prowadzą też we własnym zarządzie ambulatorya dla biednych dzieci, łazienki i t. p.

Z ciekawszych propozycyi lekarzy szkolnych godzi się wspomnieć o projekcie wprowadzenia osobnych klas nietylko dla upośledzonych umysłowo, ale naodwrót i dla dzieci bardzo uzdolnionych, a dalej bardzo racyonalny projekt kształcenia głuchoniemych nie dopiero po 6—7. roku życia, ale już odrazu od 2. roku, gdyż doświadczenie amerykańskich lekarzy wykazało, że dziecko głuchonieme właśnie od 2—6. roku życia traci wiele na inteligencyi przez zaniedbanie.

Jakie wyniki osiąga higiena szkolna, niech powiedzą liczby z kraju szczególnego pielęgnowania tej gałęzi wiedzy, t. j. ze Szwecyi. Otóż podług Dufoura w szkołach średnich w r. 1884 liczba dzieci krótkowidzących wynosiła niemal 52%, a w roku 1908 już tylko 18·9%, a to dzięki lekarzom szkolnym i ich zarządzeniom co do oświetlenia ławek, trzymania się przy pisaniu i t. p.

Zupełnie nowem jest uświadamianie płciowe dzieci szkolnych. Na wielką skalę prowadzi je Broadbent pod nazwą: »Mothering«, przygotowując dziewczęta do ich przyszłych obowiązków. Podobno wyniki są znakomite, co potwierdza z Francyi Frühinsholz.

Lord Józef Lister.

(Wspomnienie pozgonne).

Ubył jeden z olbrzymów umysłowych, lecz pozostał po nim gmach wiedzy, trwalszy od spiżu, nieśmiertelny. Zmarł Józef Lister, którego imię znane jest chyba wszystkim, nawet laikom; z tego też powodu mówiąc o działalności Listera, powtórzyć muszę nieraz rzeczy dobrze znane.

Lister urodził się 5 kwietnia roku 1827 w Upton (Essex). Ojciec jego, wprawdzie z zawodu kupiec wina, ale z zapałem oddający się badaniom przyrodniczym (zawdzięczamy mu obliczenie rozmiarów ciałka czerwonego krwi, opis zbijania się ciałek w rulony, różne ulepszenia mikroskopów), zdołał wpoić w syna zapał do nauk przyrodniczych, a zwłaszcza do histologii. Temu też zapewne zawdzięcza Lister swą gruntowną znajomość mikroskopii. W r. 1847 uzyskał Lister bakalaureat i studyować począł histologię pod okiem Sharpeya. Potem poświęcił się chirurgii, był asystentem Erichsena, a wreszcie Symego w Edynburgu. Po swoim mistrzu Symem objął katedrę, a w r. 1883 powołany został jako następca Fergussona do Kings College w Londynie. Katedrę tę zajmował aż do r. 1892, w którym usunął się w zacisze domowe. W r. 1883 został baronetem, w 1897 wreszcie parem w Anglii i pierwszy dotąd z lekarzy wszedł do Izby lordów.

Z imieniem Listera łączy się ściśle rozwój antyseptyki, a przez to i chirurgii. Jak wiadomo, Lister, opierając się na zdaniu Schwanna i Pasteura, że gnicie i fermentacya polegają na działaniu małych tworów roślinnych, wprowadził po raz pierwszy pojęcie antyseptyki. W przypuszczeniu, że pierwiastki zakaźne dostają się do rany z powietrza, starał się chronić ranę przed zakażeniem przez swój skomplikowany opatrunek i rozpylanie nad raną kwasu karbolowego, który na wielką skalę wprowadził w użytek. Po zranieniach kładł Lister na rany płatki, napojone karbolem, niszczącym tkanki i wywołującym strup, pod którym rana goiła się dobrze. Wprawdzie postępowanie to wyda się nam dziś dziwnem, ale nie zapominajmy, jak wtedy rany źle się goiły. Wszak Syme wyraził się, że każde powikłane złamanie kończyny powinno być zaraz poddane amputacyi, bo inaczej grozi śmiercią. W szpitalach róża, zgorzel i zakażenia ogólne zabierały setki ofiar. W czasach takich dokonać takiej zmiany, jaką uzyskał Lister, jest dziełem poprostu epokowem. A właśnie w tych czasach (1867) Lister odważył się pierwszy na wielkie operacye, o których przedtem nikt nie miał pojęcia. On też pierwszy podał sposób podwiązywania naczyń materyałem wsysającym się i pozostawiania podwiązek (przedtem trzymano długie nitki na zewnątrz po podwiązaniu, aż same odpadły). Lister ogłosił również cenne prace o krzepnięciu krwi, zgorzeli wskutek zmian w tętnicach, o znieczulaniu, amputacyach, zapaleniu i t. p.

Jak wielu, tak i Lister zrazu nie był »prorokiem w swej ojczyźnie«. Z początku wyśmiewano się z jego »sposobów«, a nawet studenci bali się chodzić na jego wykłady, bo potem inni profesorowie za wszelkie wzmianki z nauki Listera ganili ich przy egzaminach. Jeden z wybitnych chirurgów ówczesnych wyraził się publicznie: »Wprawdzie roczczyny Listera z dnia na dzień stają się słabsze, ale za to wiara jego w siebie coraz mocniejsza«. Natomiast nauka Listera (zupełnie tak samo, jak się rzecz

miała i ze szczepieniem ospy) przeszła szybko na kontynent i z zapałem podjęli ją i zaczęli udoskonalać Bardeleben, Schultze, Volkmann, Championnière, Miknlicz i inni.

Mimo, że trochę się jąkał, był Lister znakomitym prelegentem, wykładał bardzo jasno i zajmująco. Cechowała go godna podziwu stanowczość, szybka oryentacya i pewność ręki przy operacyach, przy uwzględnieniu przytem zakreślonych granic i niepoddawaniu się temperamentowi. W obejściu miły i gładki, ludzki, o wykwintnych manierach, cieszył się też wielkim powodzeniem, jako lekarz. 5 kwietnia 1907 obchodził Lister 80-letni jubileusz, w którym brał udział cały świat naukowy.

Każdy Anglik zaiste dumnym być może z tego, że ojczyzna jego była i ojczyzną Listera. Jako geniusz ludzkości, należy jednak Lister do wszystkich społeczeństw i narodów. Wprawdzie wiele z tego, co wprowadził, dziś już opuszczono, wprawdzie w miejsce jego nauki powstały inne, obecnie dominujące, nic to jednak nie ujmie sławy ani blasku temu, który pierwszy podniósł swym orlim lotem chirurgię na szczyty, wyprzedzając zapatrywania swych współczesnych o lat dziesiątki.

A. Klęsk.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 14. II. b. r. posiedzenie, na którem, po przyjęciu 8 nowych członków, miał Prof. Rosner wykład: »Z pogranicza położnictwa i chirurgi«. W ożywionej dyskusyi przemawiali Prof. Browicz, Kostanecki, Kader, Ciechanowski, Dr Blassberg, Engländer i prelegent.

— Jak donosi »Głos lekarzy« (Nr 4), zamierza Zarząd główny Towarzystwa Kółek rolniczych rozszerzyć zakres działalności Towarzystwa takie na sprawy zdrowotne włościan i powołał w tym celu do swego grona Dr S. Mikołajskiego. Zamierzone jest ogłaszanie popularnych artykułów higienicznych w »Przewodniku Kółek rolniczych«. Chcących w tej pracy współdziałać prosi Redakcya »Głosu lekarzy« o zgłoszenie się do niej.

— Zamiar Towarzystwa higienicznego we Lwowie, by wydawać popularny miesięcznik higieniczny dla ludu, nie wszedł na razie w wykonanie dla braku funduszów, gdyż Towarzystwa rolnicze nie zapewniły wydawnictwu dostatecznych subwencyi. (»Głos lek.« Nr 4).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. II. do 10. II, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (w tem obcych 1 † —), ospy wietrznej 9, płonicy 10 † — (17 † —), odry 6 † 1, duru brzusznego 3 † — (1 † —), tężca 2 (1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Dla uczczenia pamięci Dr Bolesława Żebrowskiego złożyło grono jego kolegów 100 rb. na nagrodę konkursową za najlepszą pracę z dziedziny bakteryologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w pismach lekarskich polskich w r. 1912. Sąd konkursowy stanowić będą wybrani członkowie Redakcyi »Gazety lekarskiej«.

— Z okazyi wznowienia regularnego ukazywania się »Odczytów klinicznych«, wydawanych przez »Gazetę lekarską«, podaje »Gazeta lekarska« (Nr 6) dzieje pożytecznego tego wydawnictwa, rozpoczętego w r. 1889. Od tego czasu wyszło w 216 zeszytach 135 »Odczytów«, z tego 61 opracowanych oryginalnie przez autorów polskich, 74 tłómaczonych lub skróconych z piśmiennictwa obcego. Ostatnia (XVIII) serya składała się już wyłącznie z oryginalnych prac polskich.

— PP. Józefowie Kernbaum i Jadwiga Kernbaum ofiarowali dziesięć tysięcy rubli na rzecz Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, a to w celu uczczenia pamięci zmarłego współpracownika pracowni radiologicznej p. Curie-Skłodowskiej, Dra fiz. Mirosława Kernbauma. Przeznaczając powyższą kwotę na urządzenie pracowni promieniotwórczej przy Towarzystwie Naukowem Warszawskiem, ofiarodawcy zobowiązali się płacić corocznie na rzecz tejże pracowni rb. 2.000 lub wnieść jednorazowo rb. 35.000.

Z różnych stron. Prof. Gluziński zorganizował we Lwowie grono sprawozdawcze z piśmiennictwa polskiego do »Zentralblatt für die gesammte innere Medizin und ihre Grenzgebiete«, który ma wychodzić od lutego b. r. nakładem J. Springera w Berlinie. Nakładca zaprenumerował dla grona 11 pism lekarskich polskich.

— Wynik egzaminów państwowych w Instytucie lekarskim dla kobiet w Petersburgu jest następujący: z 206 słuchaczek instytutu wszystkie uzyskały dyplom lekarski, z 235 doktorek uniwersytetów zagranicznych — 142.

— Rosyjskie ministerstwo oświaty postanowiło, iż od jesieni 1912 r. od kobiet doktorów-medycyny z uniwersytetów zagranicznych wymagane będą przy składaniu egzaminów państwowych następujące świadectwa: 1) dyplom doktorski zagraniczny; 2) świadectwo z ukończenia rosyjskiego gimnazyum żeńskiego; 3) świadectwo egzaminów dodatkowych z fizyki, matematyki, rosyjskiego, łaciny i jednego z języków nowożytnych. Osoby wyznania mojżeszowego będą mogły składać te egzamina tylko w Odesie i Kijowie, a posiadające prawo zamieszkania w innych miastach uniwersyteckich mogą zdawać w tych miastach.

— XV. Międzynarodowy Zjazd higieniczno-demograficzny w Waszyngtonie odbędzie się 23—28 września 1912. Prezesem Zjazdu jest Dr Henry P. Walcott, sekretarzem głównym Dr John S. Fulton. Adres biura Zjazdu: Army Medical Museum, Washington D. C., Północna Ameryka. Kongres połączony będzie z wystawą. Wkładka członka wynosi 5 dolarów (25 franków). Językami urzędowymi kongresu są: angielski, francuski i niemiecki. Bliższych objaśnień udziela Dr J. Polak (Nowogrodzka 82 w Warszawie), członek Komisyi stałej Zjazdów higienicznych międzynarodowych.

— Studenci medycyny w Wiedniu czynią starania, by zmieniono nieco program nauczania, wprowadzony dopiero przed kilku laty, a mianowicie, by uwzględniano choroby uszne, leczenie fizyczne itp., by dozwolono składać egzamina z biologii, fizyki i chemii po dwóch półroczach i by położono większy nacisk na kliniczne nauczanie. X.

— Br. Rothschildowie ofiarowali 200.000 koron na pawilon chirurgiczny szpitala w Morawskiej Ostrawie.

— Niemiecki Związek higieny ludowej poczynił u Izb lekarskich starania, by zachęciły lekarzy do umieszczania w poczekalniach popularnych rozpraw z zakresu higieny. Ministeryum spraw wewnętrznych przyrzekło dostarczyć w tym celu 100.000 broszur. X.

— Magistrat Berlina objął w swój zarząd Towarzystwo ratunkowe i opłacać będzie sam lekarzy Pogotowia. X.

Zmarli: Dr Józef Kuć w 43 r. ż. w Krakowie; biorąc żywy udział w ruchach społeczno-politycznych w Królestwie, zmuszony był ś. p. Kuć kilkakrotnie przerywać studya; skazany na zesłanie po uwolnieniu dostawszy się do Krakowa, ukończył tu Wydział lekarski, ciężka jednak, oddawna nurtująca jego ustrój gruźlica wnet potem przecięła jego życie.

Historyk medycyny Prof. Pagel w Berlinie.

Redakcya otrzymała. Chłapowski: Znaczenie łykania powietrza jako czynnika w patogenezie nagłej rozstrzeni żołądka i zaciśnięcia ostrego dwunastnicy. »Now. lek.« 1912. — Mg. Fr. Hibl: Znaczenie, charakter i budowa lecytyn — Wł. Szumowski: 1) Żywot i nauka Paracelsa. Kraków 1909. 2) Jedenaście roczników warszawskiej »Krytyki lekarskiej«. 3) Uwagi Jana Piotra Franka o organizacyi szpitala powszechnego we Lwowie. Odb. »Tyg. lek.«. 4) Uwagi krytyczne nad »Logiką medycyny« Biegańskiego. »Przegląd filozof.« 1911. 5) Przypadki gruźlicy płuc, leczone metodą Krokiewicza. 6) Pogląd przyrodniczy, a pogląd historyczny. Odb. »Gaz. lek.«. 7) Spór o amerykańskie pochodzenie kiły. »Nowiny lek.«. — Wicherkiewicz: 1) Über meine Trichiasis- und Distichiasisoperation nebst einigen kritischen und historischen Bemerkungen. »Archiv. f. Ophthalm.« 1911. 2) Über die durch Trauma entstandene Keratitis paremchymatosa und die Rechtsfrage. »Klin. Monatsbl. f. Augenhk.« 1912. — Dłuski: O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych. 1911. — Schlank: Płód bezgłowy, bezsercowy. »Gaz. lek.« 1911. — Beck: O prądach czynnościowych w środkowym układzie nerwowym. Odb. z »Księgi pam. Uniw. lwowsk.«. — Beck i Bikeles: 1) Über die gegenseitige funktionelle Beeinflussung von Gross- u. Kleinhirn. 2) Über die sensorische Funktion des Kleinhirnmittelstücks. Akad. Umiej. Kraków 1911. 3) Versuche über die sensorische Funktion des Kleinhirnmittelstücks. 4) Versuche über die gegenseitige Beeinflussung von Gross- u. Kleinhirn. Arch. f. ges. Physiol. 1911

Bibliografia.

Paris medical. Tegoroczny zeszyt X. ruchliwego tygodnika lekarskiego »Paris medical«, wydawanego pod redakcyą prof. Gilberta przez firmę I. B. Baillière & Fils, poświęcony jest w całości sprawie leczenia gruźlicy. Oprócz sprawozdań poglądowych za rok 1912 prof. Lereboullet, Dr Schwartza i Mathieu, zawiera on szereg artykułów o nowszych metodach leczenia, jak o sztucznej odmie piersiowej (przez Dufoura i Acharda), o zastosowaniu adrenaliny (przez Sergenta) i t. d.).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych w Galicyi odbędzie się d. 23. i 24. lutego b. r. we Lwowie w Instytucie technologicznym, Boulardówka I. p. sala Nr 73, z następującym porządkiem dziennym:

W piątek 23. lutego 1912 o godzinie 10 przed południem: 1) Zagajenie. 2) Metody biologicznego odczyszczania wód ściekowych, Prof. Dr Panek. 3) O badaniu krwi pod względem sądowo-lekarskim, Prof. Dr Sieradzki. 4) Sprawozdanie co do prac przygotowawczych w sprawie kongresu w roku 1912 w Krakowie. 5) Sprawa przystąpienia Związku do Towarzystwa ogólno-austryackiego urzędników konceptowych w Wiedniu. — Popołudniu ewentualnę zwiedzenie sanatoryum Dr Soleckiego.

W sobotę dnia 24. lutego 1912 o godz. 9 rano. 6) O jaglicy pod względem klinicznym, szerzeniu się jej w Galicyi i sposobach zapobiegania, referat Prof. Dr Bednarskiego i Dr Adolfa Kuhna. 7) Śmiertelność w wieku dziecięcym w Galicyi i o sposobach zmniejszenia jej, Dr Momidłowski. 8) Wnioski członków. 9) Sprawozdanie roczne z czynności Wydziału, stanu kasy i komisyi rewizyjnej. 10) Wnioski co do wysokości wkładek na r. 1912. 11) Wybór Wydziału, delegatów na Walne Zgromadzenie i komisyi rewizyjnej.

Wydział Związku:

Sekretarz: Dr Jan Opieński. Przew. Dr Wład. Czyżewicz.

Rok LI. Kraków, dnia 24. lutego 1912. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

(Ciąg dalszy).

X. L. p. 1101, 1908/9. Z. G., 33-letnia żona służącego z Sieniawy, przyjęta 23 września 1909. Rodziła 4. razy, zawsze w położeniu poprzecznem przy pomocy lekarskiej płody martwe. Ostatni peryod w połowie grudnia 1908 r., daty ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba dobrze zbudowana i odżywiona, przy końcu ciąży, z żywym płodem w położeniu poprzecznem pierwszem. Miednica płaska. Jej wymiary są następujące:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	30 »
D. troch.	30 »
C. ext.	19 »
C. diag.	10 »
C. vera (Bylicki)	8 »

29 września o godz. 1. rano wystąpiły bole porodowe; o w $^1/_2$-4 rano przystąpiono do operacyi (Dr Hermelin) W spokojnem uśpieniu chloroformowem, przy ułożeniu zwisłem według Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 150 cm^3 rozczynu kwasu borowego, rozcięto w linii środkowej powłoki brzuszne, zaczynając na 2 palce poniżej pępka, a kończąc przy spojeniu łonowem. Po rozsunięciu mięśni prostych napotyka się pęcherz sterczący 5 cm. ponad spojenie. Otrzewna pokrywa $1^1/_2$ cm. jego przedniej ściany, dno i 5 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i zrasta z macicą o 8 cm. powyżej, w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek napięty ma długości 13 cm., licząc od pierścienia skurczowego do ujścia zewnętrznego.

Według sposobu Latzki, odsunięto pęcherz na prawo, a załamek otrzewnej ku górze, przez co odsłania się przednia ściana dolnego odcinka, na której od strony lewej widać 2 naczynia krwionośne grubości ołówka. Nacięto ją w linii środkowej, zaczynając na 1 cm. poniżej pierścienia skurczowego, a kończąc na 1 cm. powyżej ujścia zewnętrznego. Jest to więc cięcie 11 cm. długie. Krwawienia dotąd nie ma, brzegi rany nie cofają się wcale.

W ranę wstawia się pęcherz płodowy. Po jego przedarciu części poprzedzającej nie ma w dolnym odcinku, wobec czego wprowadzono rękę do jamy macicy i wydobyto płód obrotem na nóżki.

Po porodzie dziecka obkurcza się trzon, dolny zaś odcinek pozostaje bez zmiany. W chwilę potem, mimo ergotyny, rozkurcza się trzon i zaczyna krwawić. Gdy usunięcie łożyska sposobem Credégo nie wstrzymuje krwawienia, wypełniono jamę macicy gazą vioformową, której końce przeciągnięto do pochwy. Nad gazą zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, następnie zaś zamknięto ranę w powłokach brzusznych. Operacya trwała 75 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana zgojona doraźnie. 11. października wypuszczono pacyentkę, jako zdrową do domu.

Płód żywy, donoszony, wagi 3800 gram., długości 54 cm., utrzymany przy życiu.

XI. L. p. 52, 1909/10. M. R., 26-letnia żona rolnika ze Strutyna, przyjęta 23 września 1909 r. Rodziła 2 razy zawsze po strzaskaniu główki dziecka. Ostatni peryod 7. stycznia 1909, daty ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba dobrze zbudowana i odżywiona, w początku X. miesiąca ciąży, z płodem żywym, silnie rozwiniętym w położeniu poprzecznem drugiem. Miednica płaska, jej wymiary wynoszą:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	28 »
D. troch.	29 »
C. ext.	18 »
C. diag.	$10^1/_2$ »
C. vera (Bylicki)	$8^1/_2$ »

Chorą pomieszczono na oddziale ciężarnych. 11. paźdz. o godz. 7. wiecz. dostała bolów porodowych, a o $9^3/_4$ wiecz. przy ujściu rozwartem na guldena i utrzymanym pęcherzu, przystąpiono do operacyi (Dr Daum). W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w położeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm. rozczynu kwasu borowego, rozcięto powłoki brzuszne w linii środkowej, zaczynając na 3 palce poniżej pępka, a kończąc tuż nad spojeniem łonowem. Po rozsunięciu mięśni prostych widać pęcherz, wysterczający 7 cm. nad spojenie łonowe. Otrzewna pokrywa 2 cm. jego przedniej ściany, dno i 6 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i o 7 cm. powyżej zrasta się ze ścianą macicy w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek długości 11 cm., licząc od pierścienia skurczowego do ujścia zewnętrznego, mało wypuklony.

Po odsunięciu pęcherza na prawo, a załamka otrzewnej ku górze, co nie sprawia żadnych trudności, nacięto ścianę szyi macicy w długości 9 cm., zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc 2 cm. nad ujściem. Krwawi przytem z jednego naczynia, tuż poniżej pierścienia skurczowego. Po jego podwiązaniu przebiega dalsza operacya bezkrwawo. Po nacięciu macicy brzegi rany nie cofają się.

W ranę wstawia się pęcherz płodowy, a po jego prze-

biciu główka. Z trudnością, jednak bez jakichkolwiek pęknięć w obrębie rany, wydobyto ją kleszczami Hohla. Pod wpływem ergotyny obkurcza się trzon macicy, szyja zaś pozostaje bez zmiany.

W krótki czas potem wobec krwawienia z jamy macicy, wyciśnięto łożysko sposobem Credégo, poczem krwawienie ustało. Mimo to wypełniono macicę gazą vioformową, przeprowadzając koniec jej do pochwy. W końcu zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym i zamknięto powłoki brzuszne bez sączkowania. Operacya trwała 51 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana zgojona doraźnie. 2. listopada 1909 wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

Płód żywy, donoszony, wagi 4400 gram., długości 53 cm. utrzymano przy życiu.

XII. L. p. 574, 1909/10. A. S., 40-letnia żona rolnika z Woli Brzeskiej, przyjęta 12 kwietnia 1910 r. o godz. 3. pop. Rodziła 3 razy, zawsze przy pomocy pomniejszania płodu. Daty ostatniego peryodu, ani ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba miernie zbudowana, dobrze odżywiona, ciężarna w początku X. miesiąca, z płodem żywym w położeniu poprzecznem pierwszem. Miednica płaska, jej wymiary są następujące:

D. spin.	21	cm.
D. crist.	26	»
D. troch.	27	»
C. ext.	16	»
C. diag.	11	»
C. vera (Bylicki)	$8^1/_2$	»

Pacyentkę umieszczono na oddziale ciężarnych. 9. maja o godz. 1. rano wystąpiły bole porodowe, o $7^3/_4$ rano, wobec ujścia na dłoń rozwartego, w parę minut po odpływie wody płodowej przystąpiono do operacyi (Dr Barański). W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem według Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm^3 rozczynu kwasu borowego, przecięto w linii środkowej powłoki brzuszne, zaczynając 3 palce poniżej pępka, a kończąc tuż nad spojeniem łonowem. Po rozsunięciu mięśni prostych, widać pęcherz, wystający 4 cm. nad spojenie. Otrzewna pokrywa 2 cm. jego przedniej ściany, dno i 7 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i o 10 cm. powyżej zrasta się ze ścianą macicy w miejscu pierścienia skurczowego.

Po odsunięciu pęcherza na prawo, a załamka otrzewnej ku górze, odsłania się przednia ściana dolnego odcinka macicy. Przy oddzielaniu naddziera się otrzewna w 2 miejscach; naddarcia te zaraz zeszyto szwem katgutowym. Następnie przecięto ścianę maciczną na przestrzeni 10 cm., zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc 2 cm. nad ujściem zewnętrznem. Po przecięciu powyższem brzegi rany się nie rozchodzą. W ranę wstawiają się strzępy błon, pod niemi zaś pozostaje jama wielkości pięści, nie zmniejszająca się zupełnie. Po wprowadzeniu główki zabiegiem zewnętrznym w obręb dolnego odcinka, podłożono pod nią rękę i wyciśnięto płód zabiegiem Kristellera. W 5 minut potem wstawia się do rany łożysko i zostaje wyciśnięte zabiegiem Credégo. Pomimo ergotyny macica nie kurczy się dobrze i zaczyna krwawić. Wobec tego wypełniono ją gazą vioformową, której koniec przeprowadzono do pochwy. Dopiero teraz obkurcza się silnie trzon, podczas gdy szyja jak i poprzednio pozostaje bez zmiany. Teraz zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, przytwierdzono pęcherz do załamka otrzewnej i zamknięto powłoki brzuszne bez sączkowania. Operacya trwała 47 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zgojona doraźnie. 29 maja wypuszczono pacyentkę jako zdrową, z macicą prawidłowo zwiniętą w przodozgięciu, bez zrostów.

Płód żywy, donoszony, wagi 3350 gram., długości 52 cm. utrzymano przy życiu.

XIII. L. p. 995, 1909/10. A. D., 44-letnia żona robotnika, przyjęta 9. sierpnia 1910 r. Rodziła 3 razy, zawsze z pomocą lekarską, płody martwe. Ostatni peryod 8. grudnia 1909 r. Daty ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba miernie zbudowana i odżywiona, ciężarna przy końcu IX. miesiąca, z płodem żywym w położeniu czaszkowem drugiem. Miednica płaska; jej wymiary są następujące:

D. spin.	22	cm.
D. crist.	24	»
D. troch.	29	»
C. ext.	16	»
C. diag.	10	»
C. vera (Bylicki)	8	»

Pacyentkę pomieszczono na oddziale ciężarnych. 24 września 1910 r. rano początek bolów porodowych. O godz. 10 rano wobec ujścia rozwartego na guldena i nieustalania się części poprzedzającej, wobec przebiegu poprzednich porodów i kategorycznego żądania żywego dziecka, przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnienieniu pęcherza 150 cm^3 rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie w linii środkowej, sięgające ku górze na 3 palce poniżej pępka, ku dołowi do spojenia. Po rozsunięciu mięśni prostych, wstawia się pęcherz, wysterczający 8 cm. ponad spojenie łonowe. Otrzewna pokrywa $1^1/_2$—2 cm. jego przedniej ściany, dno i 6—7 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i o 8 cm. powyżej zrasta się ze ścianą macicy w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek długości około 13 cm., jednostajnie rozdęty, o ścianach cienkich 2—3 mm.

Po odsunięcia pęcherza na prawo, otrzewnej zaś nienaruszonej ku górze, przecięto przednią ścianę dolnego odcinka w długości około 11 cm. w linii środkowej, zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc na 2 cm. ponad ujściem zewnętrznem. Po przecięciu tej ściany, brzegi rany się nie cofają. Wstawiającą się główkę wydobyto lekko kleszczami Hohla.

Po porodzie dziecka pod wpływem ergotyny kurczy się prawidłowo trzon macicy, szyja zaś nie kurczy się wcale, tworząc jamę, mogącą wygodnie pomieścić 2 pięści. W 3 minuty potem wstawia się w ranę łożysko i zostaje wyciśnięte zabiegiem Credégo. Pomimo braku krwawienia wypełniono macicę gazą vioformową, której koniec przeprowadzono do pochwy, poczem zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym i bez sączkowania zamknięto powłoki brzuszne. Operacya trwała 35 m.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana zgojona doraźnie. 13. października wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

Płód żywy, donoszony, utrzymano przy życiu.

XIV. L. p. 7, 1910/11. P. R., 27-letnia żona cieśli, przyjęta 1. października 1910 r. Rodziła 2 razy. Pierwszy płód martwy przy pomocy lekarskiej, drugi przy pomocy cięcia cesarskiego. Daty ostatniego peryodu i ruchów nie pamięta. Badanie wykazało: Osoba miernie zbudowana i odżywiona, 141 cm. wysoka, z wyraźnymi objawami przebytej krzywicy, ciężarna, przy końcu ciąży, z płodem żywym w położeniu skośnem drugiem. Miednica płaska krzywicza, jej wymiary wynoszą:

D. spin.	25	cm.
D. crist.	24	»
D. troch.	30	»
C. ext.	$15^1/_2$	»
C. diag.	$7^1/_2$	»
C. vera (Bylicki)	$5^1/_2$	»

1. października o godz. 6 wiecz. początek bolów porodowych. O godz. $9^{3}/_{4}$ wiecz. przy ujściu drożnem dla palca przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem według Trendedelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm^3 rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie łukowate, poprzeczne, według Pfannenstiela, przez skórę i powięź brzuszną. W górnej części rany skóra przyrosła do podłoża w miejscu poprzedniej operacyi, a mięśnie w tem miejscu zbliznowaciałe; w dole żadnych blizn nie ma. Po odsunięciu tego płatu ku górze i rozsunięciu mięśni prostych w linii środkowej, znaleziono pęcherz, wysterczający 8 cm. ponad spojenie łonowe, ułożony przeważnie po stronie lewej w ten sposób, że bok jego przekracza zaledwie linię środkową. Otrzewna pokrywa około 1 cm. jego przedniej ściany, dno, i około 8 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i zrasta się z macicą o 9 cm. powyżej, w miejscu pierścienia skurczowego. Wobec powyższego stanu rzeczy, postępując atypowo, odsunięto pęcherz ku stronie lewej, a załamek otrzewnej ku górze i przecięto dolny odcinek w linii środkowej, zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc na 1 cm., powyżej ujścia zewnętrznego. Cięcie to ma długości około 10 cm. Po przecięciu dolnego odcinka wstawia się w ranę pęcherz płodowy, a po jego przedarciu główka, którą wytoczono podłożoną ręką. W 5 minut potem odchodzi łożysko, wyciśnięte zabiegiem Credégo. Macica kurczy się dobrze, krwawienia nie ma przez cały czas operacyi. Po przecięciu ściany dolnego odcinka, brzegi rany nie rozchodzą się i żadnych skurczów nie widać, tak samo i później. Owszem przez cały czas trwania operacyi pozostaje dolny odcinek jako jama wielkości przeszło pięści, nie zmieniająca się zupełnie.

Po porodzie łożyska, mimo braku krwawienia wypełniono jamę macicy gazą vioformową, której koniec przeprowadzono do pochwy i zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym. Przytwierdzono pęcherz w jego właściwem położeniu i bez sączkowania zamknięto powłoki brzuszne.

Badanie wnętrza macicy, wykonane ręką zaraz po porodzie, wykazuje poprzeczne ścieńczenie w dnie macicy, a nadto wystającą nieco listewkę (prawdopodobnie bliznę), leżącą w linii środkowej i sięgającą prawie do pierścienia skurczowego. W tem miejscu, szczególniej w dole, ściana jest ścieńczała i przyrosła do blizny w powłokach brzusznych.

Operacya trwała 45 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zgojona doraźnie. 18. października wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

Płód żywy, donoszony, wagi 3700 gram., długości 52 cm., utrzymano przy życiu.

Przeglądnięcie dostępnego mi piśmiennictwa z ostatnich czasów, ściśle biorąc ostatnich lat czterech, w których po podaniu sposobu Franka zaczęto ogólnie zajmować się cesarskiem cięciem nadłonowem, pozwoliło mi zebrać 586 jego przypadków, w czem wliczyłem już i moje.

Chcąc ocenić wartość zestawienia, należy przedewszystkiem odpowiednio je rozczłonkować, połączyć ze sobą grupy, mające jednolite zasady podstawowe i przeciwstawić je innym, opierającym się na przeciwnem postępowaniu. Zestawienie takie jedynie będzie bezstronne, biorąc surowe cyfry za punkt wyjścia, nic nie ujmując, ani nie dodając i tylko takie dać może wskazówki do ocenienia operacyi i do ustalenia jej wskazań dla ogółu lekarzy. Obejmuje ono bowiem nietylko serye poszczególnych autorów, lecz także pojedyncze przypadki, operowane często w najniekorzystniejszych warunkach, nierzadko przez ludzi, którzy może nigdy w życiu więcej nie będą mieli sposobności wykonania po raz drugi cięcia cesarskiego. Jeżeliby wyniki takiego zestawienia były gorsze od dotychczasowych, wtedy naturalnie postępowanie nowe nie miałoby podstawy i słusznie należałoby je uważać za słomiany ogień, nie za postęp, w myśl zapatrywań, które w swoim artykule polemicznym wygłosił Roth. Jeżeli jednak wyniki te okażą się lepsze — a przy takiem zestawieniu tak pod względem ilości jak i jakości wykluczyć można cyfry przypadkowe, — w takim razie powinniśmy mieć odwagę zarzucić postępowanie dawne lub też znacznie je ograniczyć, chociażby ono uświęcone było nawet wiekami i uratowało życie tysiącom ludzi. Nie powinno się mojem zdaniem trwać przy jednych zasadach, choćby były nawet bardzo dobre, z chwilą, gdy wyłonią się inne, lepsze.

Gdyby okazać się miało, że cięcie nadłonowe, albo jego poszczególne odmiany dają wyniki lepsze od dotychczasowych, wchodzićby mogła tylko w grę okoliczność, czyby operator mniej wprawny w warunkach trudnych dał sobie radę z zabiegiem równie łatwo, jak z poprzednim, ewentualnie, czyby zdołał pokonać trudności. Powyższa okoliczność, zdaje mi się, zupełnie w grę nie wchodzi. Wśród dotychczas znanych przypadków są już przykłady takich operacyi poza kliniką, a jeżeli się zważy, że w przeważnej liczbie zabiegów zostaje czas do namysłu, można słusznie wymagać, aby przygotowano warunki w ten sposób, iżby operacya w najlepszych szansach dla chorej odbyć się mogła. Jeżeli zaś kto sam odważa się na wykonanie cięcia cesarskiego, musi umieć operować, gdyż i w jamie brzusznej i poza nią spotkać go mogą rozmaite powikłania, wymagające wyrobionej techniki operacyjnej, a niezależne od porodu. Dla takiego zaś wykonania cięcia cesarskiego wśród- czy zewnątrzotrzewnie nie może stwarzać zasadniczych różnic. Wreszcie chciałbym podnieść, że czas trwania jednej i drugiej operacyi jest mniej więcej równy, a tylko przy cięciu cesarskiem klasycznem samo wydobycie płodu wykonać się daje łatwiej, a temsamem prędzej, niż przy cięciu nadłonowem. Dlatego też słusznie, nie wdając się jeszcze zupełnie w ocenę zestawień i ich wyników, przyznać trzeba, że cięcie cesarskie klasyczne wskazane będzie w nielicznych przypadkach, gdzie chodzi o jak najszybsze wydobycie płodu, n. p. w agonii matki, lub też po jej śmierci.

Statystykę moją rozbiłem odrazu na szereg poddziałów, opierających się na poszczególnych różnych szczegółach. I tak: oddział pierwszy obejmuje przypadki, operowane przezotrzewnie, i zbliża się najwięcej do dawnego klasycznego cięcia cesarskiego. Dział drugi składa się z przypadków operowanych zewnątrzotrzewnie, przy których ani na chwilę nie otwarto jamy otrzewnej ani umyślnie, ani przypadkowo. Działy III. i IV. stanowią przejścia między poprzedniemi, a mają wspólne chwilowe otwarcie otrzewnej i to: przypadkowe, albo umyślne. Dział V. wreszcie obejmuje przypadki, w których przy zamierzonem cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem zmieniono plan operacyjny i ukończono zabieg wśródotrzewnie.

Mając powyższe poddziały obliczone, można bardzo łatwo łączyć je z sobą dowoli, stosownie do różnych zapatrywań, i uzyskać z wszelką łatwością dostateczne oświetlenie punktów spornych.

Statystyka, w tej formie, jak ją podaję, jest po-

wołana do bezwzględnego ocenienia operacyi, bez zwracania uwagi na sprawność operatora i na warunki operacyjne. Ocenienie względne operacyi jako takiej opierać się musi na statystykach, pochodzących z ręki jednego operatora i wykonanych zawsze w tych samych warunkach, co jest możliwe tylko w zakładach położniczych. Najwięcej wartości miałoby zestawienie przypadków, operowanych naprzemian raz jednym, raz drugim sposobem przez tego samego operatora, gdyż pod tym względem poszczególne lata przynoszą czasem tak znaczne różnice, że przy tym samym zabiegu wyniki są bez porównania inne. Jako przykład przytoczę przewrót, dokonany w niedawnym stosunkowo czasie przez prace Listera i Semmelweissa, które wogóle dały podstawę do rozwoju chirurgii, albo znowu szereg ulepszeń ostatniego dziesiątka lat, który zmienił prawie do niepoznania działy operacyjne. Zestawień takich nie mamy, chcąc nie chcąc musimy się więc opierać na statystykach tych samych operatorów, pochodzących z różnych czasów, ale wykonanych przez jednego człowieka. Dlatego też, sądzę, jest obowiązkiem każdego, który był świadkiem wprowadzenia nowej operacyi i który przeprowadzał ją sposobem dawnym i nowym, wydać sąd swój, nieuwzględniający wyników ogólnych. Takie zestawienia określają względną wartość operacyi, mogą mieć zastosowanie tylko do pojedynczych ludzi, a prawie nie mają znaczenia dla ogółu.

Postępując według powyższych zasad, chciałbym przedewszystkiem ustalić wyniki statystyki ogólnej. Co do przypadków śmierci są one następujące (obacz tablice poniżej):

Cóż mówi to zestawienie? Dla jego oceny należy je przedewszystkiem porównać z wynikami cięcia cesarskiego klasycznego, przeciw któremu się zwraca. Biorąc wszystko razem, daje cięcie cesarskie nadłonowe 6·30% przypadków śmierci, w czem jednak tylko 3·24% zależnych jest od samego zabiegu. Jeżeli się przyjmie, że postępowanie dawniejsze, na ogół biorąc, dawało 4%—8% śmiertelności, to różnice te nie byłyby zbyt duże. Zauważyć tu jednak należy, że od szeregu już lat nawołuje się ciągle, aby cięcie cesarskie wykonywać tylko na osobach bezwzględnie czystych, t. z. takich, które 2—3 tygodni przed wykonaniem operacyi nie były badane wewnętrznie i które naturalnie nie okazują najmniejszych nawet objawów jakiegokolwiek zakażenia. Jeżeli się weźmie zestawienie takich samych przypadków cięcia nadłonowego, to śmiertelność wśród nich spada na 2·05%, w czem tylko

Matki.

	Czyste				Podejrzane				Zakażone				Razem			
		Śmiertelność				Śmiertelność				Śmiertelność				Śmiertelność		
		od zabiegu				od zabiegu				od zabiegu				od zabiegu		
	Ilość	zależ.	niezal.	Razem	Ilość	zależ.	niezal.	Razem	Ilość	zależ.	niezal.	Razem	Ilość	zależ.	niezal.	Razem
I.	97	1 1·03%	1 1·03%	2 2·06%	40	4 10%	3 7·5%	7 17·5%	39	4 10·26%	2 5·13%	6 15·39%	176	9 5·11%	6 3·41%	15 8·52%
III.	31	1 3·23%	—	1 3·23%	8	1 12·5%	—	1 12·5%	16	—	1 6·25%	1 6·25%	55	2 3·64%	1 1·82%	3 5·46%
IV.	17	—	2 11·76%	2 11·76%	9	—	—	—	6	2 33·33%	1 16·67%	3 50%	32	2 6·25%	3 9·37%	5 15·62%
V.	19	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	—	25	—	—	—
I. III. IV. V.	164	2 1·22%	3 1·83%	5 3·05%	60	5 8·33%	3 5%	8 13·33%	64	6 9·38%	4 6·25%	10 15·63%	288	13 4·51%	10 3·47%	23 7·99%
II.	129	—	1 0·78%	1 0·78%	118	2 1·69%	4 3·38%	6 5·08%	52	4 7·69%	3 5·77%	7 13·46%	299	6 2·01%	8 2·68%	14 4·68%
I. II. III. IV. V.	293	2 0·68%	4 1·37%	6 2·05%	178	7 3·93%	7 3·93%	14 7·86%	116	10 8·62%	7 6·03%	17 14·66%	587	19 3·24%	18 3·07%	37 6·30%

Płody.

	Czyste				Podejrzane				Zakażone				Razem			
		Śmiertelność				Śmiertelność				Śmiertelność				Śmiertelność		
		od zabiegu				od zabiegu				od zabiegu				od zabiegu		
	Ilość	zależ.	niezal.	Razem	Ilość	zależ.	niezal.	Razem	Ilość	zależ.	niezal.	Razem	Ilość	zależ.	niezal.	Razem
I.	98	—	1 1·02%	1 1·02%	40	—	2 5%	2 5%	39	1 2·57%	1 2·57%	2 5·13%	177	1 0·56%	4 2·26%	5 2·83%
III.	31	—	—	—	8	—	—	—	16	1 6·25%	—	1 6·25%	55	1 1·82%	—	1 1·82%
IV.	17	—	—	—	10	—	—	—	6	1 16·66%	—	1 16·66%	33	1 3·03%	—	1 3·03%
V.	19	—	1 5·26%	1 5·26%	3	—	—	—	3	—	1 33·33%	1 33·33%	25	—	2 4%	2 4%
I. III. IV. V.	165	—	2 1·21%	2 1·21%	61	—	2 3·28%	2 3·28%	64	3 4·69%	2 3·12%	5 7·81%	290	3 1·03%	6 2·07%	9 3·10%
II.	129	1 0·78%	1 0·78%	2 1·55%	119	—	7 5·88%	7 5·88%	53	2 3·77%	—	2 3·77%	301	3 1%	8 2·66%	11 3·65%
I. II. III. IV. V.	294	1 0·34%	3 1·02%	4 1·36%	180	—	9 5%	9 5%	117	5 4·27%	2 1·71%	7 5·98%	591	6 1·02%	14 2·37%	20 3·38%

0·68% zależnych jest od samej operacyi. Różnice teraz uderzają w oczy.

Tak wygląda obraz ogólny. Ponieważ jednak cięcie nadłonowe składa się z dwu odmian, zupełnie różnych od siebie, charakterystycznych otwarciem lub nie otwarciem jamy otrzewnej, należy uwzględnić i ten podział w cyfrach. Postępując zupełnie ściśle, musi się w poddział I. zszeregować wszystkie przypadki, w których otwarto jamę brzuszną, a więc nietylko te, w których robiono to umyślnie, lecz także takie, w których było to rzeczą przypadkową. Nie przeczę, że inaczej trzeba się zapatrywać na rozcięcie szerokie brzucha, wystawiające wszystkie narządy wewnętrzne co najmniej na dłuższe działanie powietrza, i na takie, w których naddarto otrzewnę na małej przestrzeni i w tej chwili ją zamknięto; dla przeciwstawienia jednak operacyi wśród- i zewnątrzotrzewnej, wszystkie one muszą być połączone razem i porównana grupa II. z jednej strony z grupą I, III, IV i V ze strony drugiej.

Ogółem biorąc cięcie zewnątrzotrzewne daje 4·68% śmiertelności, wśródotrzewne szyjne 7·99%. W pierwszem jednak zaledwie 2·01% zależy od samego zabiegu, w drugiem odpowiada temu liczba 4·51%. Stosunek ten charakteryzuje doskonale ważność wciągnięcia w grę samej otrzewnej i jest dla ocenienia operacyi zewnątrzotrzewnej wprost bezcenny. Jeszcze lepiej widać to w zestawieniu przypadków czystych, w którem cięcie zewnątrzotrzewne daje 0·78% śmiertelności, wśródotrzewne szyjne 3·05%. W pierwszem z winy operacyi nie zmarła żadna chora, w drugiem ginie ich 1·28%. Dodać tu muszę, że grupa tych czystych zabiegów obejmuje dla cięcia zewnątrzotrzewnego 129 przypadków, dla wśródotrzewnego szyjnego 164, liczby dość duże dla wykluczenia przypadku.

Mimowoli nasuwa się pytanie, skąd się bierze powyższa śmiertelność i na to pytanie znaleść można odpowiedź w mojem zestawieniu. Cięcie przezotrzewne w przypadkach czystych dało śmiertelność 3·05%, w podejrzanych 13·33%, w zakażonych 15·63%. Widocznie więc istnienie zakażenia, choćby tylko podejrzane, pogarsza nieproporcyonalnie szanse operacyjne i słusznie z tych liczb można już powiedzieć, że obowiązywać w tem cięciu będą zasady, przyjęte dla cięcia cesarskiego klasycznego, że więc wbrew ogólnie wygłaszanemu zdaniu nadaje się ono wyłącznie do przypadków czystych. Powodu zwiększenia się śmiertelności szukać można w powikłaniach przyrannych, odgrywających się wśród jamy otrzewnej, albo też w zakażeniu ogólnem, istniejącem już poprzednio. Jeżeli pierwsze jest słuszne, wtedy cięcie zewnątrzotrzewne, w którem jama brzuszna w grę nie wchodzi, powinno dać cyfry odmienne, w przeciwnym razie podobne. Daje ono: dla przypadków czystych śmiertelność 0·78%, dla podejrzanych 5·08%, dla zakażonych 13·46%. Różnica uderzająca w oczy leży w cięciu wśródotrzewnem między przypadkami czystymi a podejrzanymi, w zewnątrzotrzewnem postęp jest równomierny.

Nadto wykazują przypadki podejrzane największą właśnie różnicę między cięciem wśród- i zewnątrzotrzewnem, różnicę, która później, w przypadkach zakażonych, zaciera się prawie zupełnie. Przy cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem, gdzie otrzewna zupełnie w grę nie wchodzi, zwiększanie się śmiertelności odnosić można tylko do stopnia zakażenia i przypuszczać z góry, że będzie ona coraz większa w postępie od przypadków czystych do zakażonych i że postęp ten będzie mniej więcej równomierny. Przypuszczenie to zgadza się w zupełności z cyframi (0·78%, 5·08%, 13·46%). Jeżeli powyższe cyfry, jako obraz groźności zakażenia, przeniesie się na cięcie wśródotrzewne, to każda nadspodziewana różnica musi być uznana jako wynik współdziałania otrzewnej.

Jeszcze wyraźniej występuje powyższe porównanie przy ocenieniu śmiertelności, zależnej od samej operacyi. Cięcie zewnątrzotrzewne daje tu śmiertelność stopniowo się wzmagającą, zależnie od stopnia zakażenia (0·%, 1·69%, 7·69%). Gdzie zakażenia nie ma, tam nie ma i śmiertelności, gdzie jest podejrzane lub stwierdzone, tam też i procent śmiertelności postępuje w górę. Zupełnie inaczej przedstawia się rzecz w cięciu wśródotrzewnem (1·22%, 8·33%, 9·38%). Tu nie stopień zakażenia odgrywa rolę, lecz fakt, że zakażenie to weszło w związek z otrzewną. I to właśnie należy szczególnie podkreślić.

Dla uzupełnienia dokładności obrazu, należałoby jeszcze cyfry powyższe porównać z wynikami klasycznego cięcia cesarskiego. Porównanie nadzwyczaj trudne, gdyż statystyki cięcia klasycznego według panujących w Europie przekonań obejmują prawie wyłącznie czyste przypadki. Skorzystać tu mogę jednak z zestawień Routha, podanych na ostatnim zjeździe ginekologów w Petersburgu we wrześniu 1910 r., a opartych na 1000 przypadkach, pochodzących z Anglii, gdzie wykonywano cięcie cesarskie bez względu na stopień zakażenia. Zestawienie to wykazuje śmiertelność dla cięcia cesarskiego klasycznego w ciąży 4·3%, podczas porodu przy utrzymanym pęcherzu 4·7%. Obie te rubryki odpowiadają dzisiejszym przypadkom czystym. Przypadki operowane po pęknięciu pęcherza, odpowiadające podejrzanym, dały 9·4% śmiertelności, przypadki po licznych badaniach, a więc równorzędne zakażonym, 35·4%. Powyższe zestawienie spróbuję porównać z wynikami mojej statystyki, zaznaczając tylko, że ponieważ nie wiem, wiele przypadków śmierci w obliczeniu Routha idzie na karb samej operacyi, biorę cyfry mego zestawienia, ilustrujące wogóle śmiertelność bez względu na jej przyczyny. Choć to nie jest porównanie bezwzględnie ścisłe, to jednak wystarczy.

	Czyste		Podejrzane	Zakażone
	w ciąży	w porodzie przed pęknięciem pęcherza		
Sectio caesarea classica	4·3	4·7	9·4	35·4
Sectio caesarea cervicalis intra- et transperitonealis	3·05		13·33	15·63
Sectio caesarea cervicalis extraperitonealis	0·78		5·08	13·46

Sądzę, że żadnych dalszych objaśnień nie trzeba!

Podobnie przedstawia się sprawa śmiertelności płodów. Choć zasadniczo powinno się przypuszczać, że płody urodzone przy pomocy cięcia cesarskiego powinny wszystkie pozostać przy życiu, i choć zasady te wygłasza się

właśnie jako zaletę cięcia cesarskiego tak dalece, że w bardzo wielkiej liczbie przypadków poddaje się matkę operacyi tylko ze względu na utrzymanie życia płodu, to przecież zestawienia większe wykazują pewną ich śmiertelność. Powodów tego szukać należy z jednej strony w niedostatecznym rozwoju dzieci, odnośnie do przypadków, w których musiano wykonać cięcie cesarskie przed końcem ciąży, w chorobach przebywanych w łonie matki, lub wreszcie w schorzeniach matki podczas ciąży, których zarodek płód już z sobą na świat przynosi. Sam zabieg, zwłaszcza przy technice cięcia cesarskiego klasycznego, teoretycznie rzecz biorąc, jest dla płodu bez żadnej wątpliwości zupełnie obojętny. Rozumując teoretycznie, powinno się przypuszczać, że cięcie cesarskie przezotrzewne szyjne, a tembardziej zewnątrzotrzewne, stworzyć powinno warunki gorsze dla życia płodu ze względu na dłuższy czas trwania, upływający od początku operacyi do chwili porodu płodu i ze względu na dość częste trudności wydobycia główki, zmuszające do użycia n. p. kleszczy. Praktyka jednak wykazuje wprost przeciwne wyniki, dowodząc raz jeszcze, że wszelkie obliczenia teoretyczne mają tylko bardzo względną wartość. Cięcie cesarskie przezotrzewne szyjne dało ogółem 3·10% przypadków śmierci płodu, w czem 1·03% odnosi się do płodów, obumarłych przed operacyą. Cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne wykazuje 3·65% płodów nieżywych, od czego 1% odtrącić należy na płody już martwe przed zabiegiem. Cyfry te są mniej więcej równe sobie, co dowodzi, że różnica w postępowaniu wśród- i zewnątrzotrzewnem dla dziecka nie odgrywa żadnej roli, jak, znając przebieg operacyi, już z góry spodziewać się można było. W przeciwstawieniu do powyższych cyfr wykazuje statystyka Hammerschlaga, ogłoszona na posiedzeniu Tow. ginekologicznego w Berlinie 11 marca 1910 r., a obejmująca 550 przypadków cięcia klasycznego, śmiertelność płodów $7^1/_2$%, to zn. dwa razy wyższą, niż przy cięciu cesarskiem nadłonowem, i pod tym względem porównanie bezstronne przechylić musi szalę na stronę cięcia nadłonowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odma piersiowa sztuczna

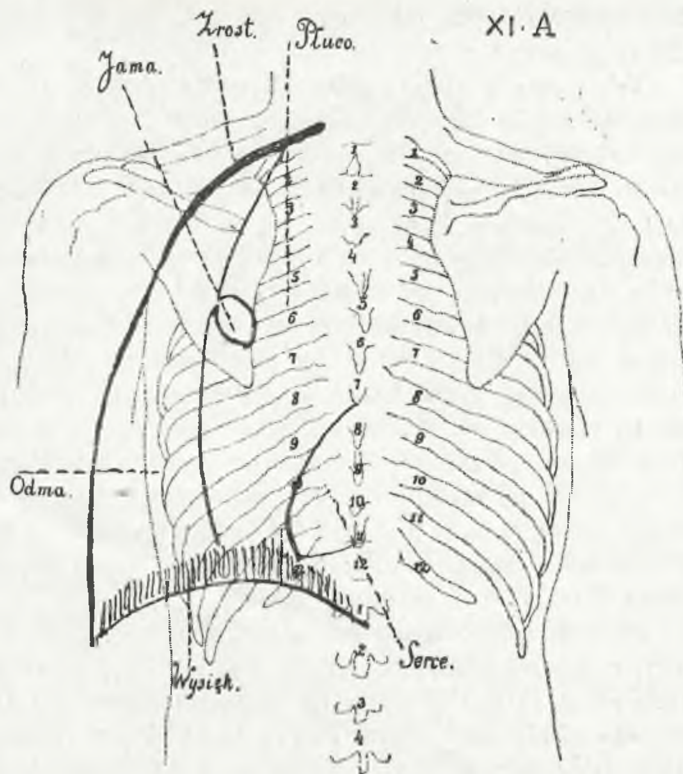
napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Dokończenie).

XI. Tuberculosis totius pulmonis sinistri. Pneumothorax sinister. Tuberculosis lobi superioris dextri. (Roentgen: Sero-(pyo?)-pneumothorax sinister. Infiltratio et destructio fere totius pulmonis sinistri. Caverna lobi superioris pulmonis sinistri ad cavum pleurae perforata. Infiltratio lobi superioris pulmonis dextri). Complementatio artificialis pneumothoracis. (Insufflatio: 13. XII. 1911). Amelioratio distincta.

A. K., lat 30, oficyalista. Chory na gruźlicę płuc od lat sześciu; przez ten czas dwukrotnie leżał na oddziale dla chorych piersiowych szpitala żydowskiego: osiągnięta poprawa mijała po roku, dwu. W ostatnim czasie przez dziesięć miesięcy leżał w łóżku, gorączkując. Do szpitala wstąpił



Przypadek XI. A) Schematyczny rysunek radiogramu płuca lewego przed rozpoczęciem leczenia. Płuco zapadnięte pod wpływem odmy samoistnej; w płucu jama pęknięta do opłucnej.

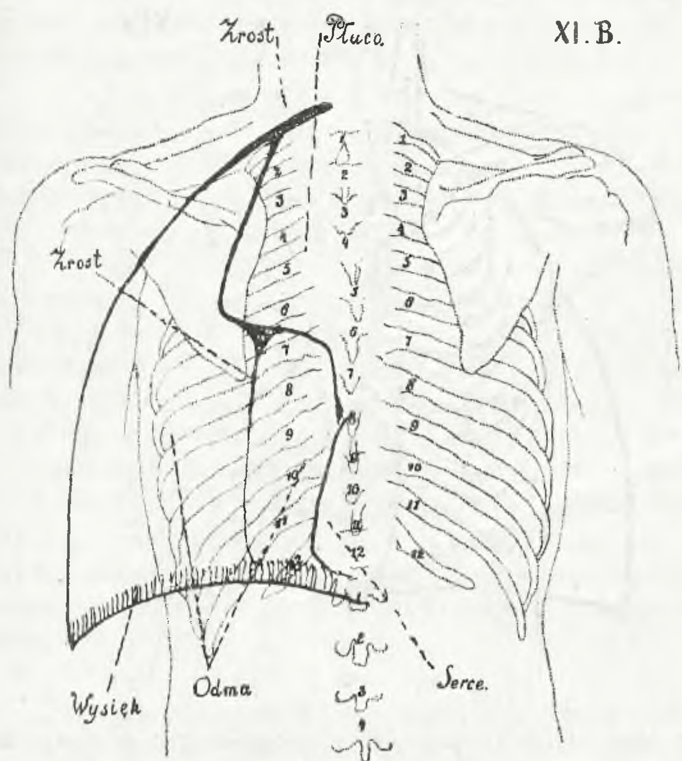
10. XII. 1911 w stanie rozpaczliwym: wyniszczenie, brak sił; chodzi z trudem, zgarbiony. Stan podgorączkowy. Tętno 120. Łaknienie dobre. Wykazanego przez radioskopię płynu w jamie opłucnej nie można było przy nakłuciu wydostać, więc trudno określić, czy był to wysięk surowiczy, czy też ropny. Wytworzenie odmy sztucznej, t. j. zwiększenie istniejącej odmy samoistnej, mogło, ucisnąwszy jamę, wycisnąć jej zawartość do opłucnej i tę zgubnie zakazić; mogło też jednak ucisnąć jamę i zamknąć. Wobec beznadziejnego stanu chorego zdecydowałem się na zabieg. Tuż po insuflacyi (500 cm³ azotu) chory wypluł naraz parę łyżek płynnej plwociny ropnej; była to wyciśnięta treść jamy, komunikującej z oskrzelem; przez pierwsze 2—3 tygodnie chory odkrztuszał takąż plwocinę, cuchnącą — co było dowodem, że udało się treść jamy wycisnąć na zewnątrz, a nie do opłucnej. Przebieg ciepłoty, zarówno jak i badanie radiologiczne o tem samem świadczyły. Obecnie chory ma się znakomicie lepiej: chodzi żwawo, czuje się poprostu odrodzony; na wadze przybrał 3 kilogr. Gorączka dochodzi (po reinsuflacyach) do 37,4; tętno 84—88, plwociny o wiele mniej, niż dawniej.

Jest to przypadek bardzo wybitnej poprawy beznadziejnej gruźlicy płuc; ponieważ płuco jest dosyć dobrze uciśnięte, można tu dobrze rokować o dalszem powodzeniu leczenia.

Już jednak dziś powiedzieć wolno, że żadna ze znanych metod leczniczych nie mogłaby w tak krótkim stosunkowo czasie przeobrazić stanu beznadziejnego niedołęstwa w stan, który sprawia wrażenie wyzdrowienia, a nie ciężkiej choroby; — uczynić to przeobrażenie przy pomocy zabiegów bardzo prostych, stosowanych w szpitalu wielkomiejskim!

XII. Tuberculosis totius pulmonis dextri subacuta. Tuberculosis laryngis. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri. Infiltratio vasorum lymphaticorum et glandularum pulmonis sinistri) Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. (Insufflatio 28. XII. 1911). Amelioratio.

Ch. Sz., lat 30, kupiec, kaszle od lat trzech; przez ten czas miewał krwioplucia, gorączki, nie pracował. Od paru miesięcy znaczne pogorszenie stanu ogólnego i objawów



Przypadek XI. B) Schematyczny rysunek radiogramu płuca lewego po czterech tygodniach leczenia. Płuco niedoskonale uciśnięte; od dolnej jego powierzchni — długi pasemkowaty zrost do przepony. Serce odsunięte na prawo. (Jama niewidoczna).

płucnych. Chrypka. Przybył do szpitala 27. XII. 1911. Wybitna bladość powłok. Tętno 112—116. Ciepłota podgorączkowa. Oddech do 28—32 na minutę, w spokoju. Badanie wykazuje oddech oskrzelowy w całem płucu prawem, ku dołowi coraz słabszy; liczne rzężenia wilgotne. Ruchomość granicy dolnej — przy badaniu radiologicznem — bardzo wyraźna. W gardle (badanie kol. Rabinowicza): Ulcera chordarum vocalium. Pachydermia. (Tuberculosis laryngis).

Wytworzenie odmy napotyka na trudności; wbrew wykazanej ruchomości dolnych granic płuca — trzykrotne próby znalezienia wolnej jamy opłucnej w dolnych częściach klatki piersiowej pozostały bez skutku (ponieważ obecnie mamy na tej przestrzeni odmę, nie zrosty były przyczyną niemożności dojścia do jamy opłucnej, jeno chyba zgrubienia opłucnej, poprzez które nie mogła się wyłonić igła Saugmana). Odmę wytworzono przez nakłucie w IV. międzyżebrzu przedniem. Obecnie mamy odmę niedoskonałą anatomicznie, ale dostateczną fizyologicznie, ponieważ stan chorego poprawił się, zarówno ogólny, jak i objawy ze strony płuc. Szczególnie godną jest uwagi znakomita poprawa ze strony krtani, w której pod wpływem leczenia miejscowego (przyżeganie kw. mlecznym) w ciągu 4 tygodni owrzodzenia krtani się zagoiły (zostało tylko zaczerwienienie lewej struny głosowej; pachydermia znikła zupełnie).

XIII. Tuberculosis pulmonis sinistri et lobi superioris dextri — acuta. (Roentgen: Tuberculosis nodosa et ulcerosa disseminata recens pulmonis sinistri. Tuberculosis disseminata pulmonis dextri, partim inveterata, partim recens. Calcificationes nonnullae ibidem. Pleuritis adhaesiva dextra. Tuberc. glandul. lymph. ad hilum pulm. dextr.). Enteritis tuberculosa. (Tub. regionis ileo-coecalis). Pneumothorax artificialis exquisitus. (Insufflatio 10. XII. 1911). Erysipelas faciei et capillitii. Exitus letalis (10. I. 1912).

J. Sz., pisarz parafialny, lat 32. Zachorował w lipcu r. 1911; choroba zaczęła się od krwotoków wielokrotnych; chory wyjechał na wieś. gdzie stan się pogarszał. Od początku choroby duszność, gorączka, poty, silne wychudnięcie (stracił na wadze 40 funtów). Od lat sześciu cierpi na zaburzenia jelitowe, połączone z bólami w okolicy kątniczej prawej. Do szpitala wstąpił 9. XII. 1911. Sinica; duszność (do 40 oddechów w spokoju); tętno 140. Ciepłota 39·7. Stępienie opukowe nad całem płucem lewem i nad górną częścią płuca prawego. Oddech lekko zaostrzony, nieliczne rzężenia. Kaszel suchy, ze skąpą plwociną, zawierającą bardzo liczne laseczniki gruźlicze. Guz bolesny w okolicy kątniczej prawej. Na prośby chorego (skierowanego do szpitala przez kol. Glogera) uczyniłem próbę leczenia odmą sztuczną; był to przypadek, w którym »nie było nic do stracenia«.

Odmę wytworzyłem bardzo łatwo. Chorego do pokoju operacyjnego początkowo noszono; potem sam przychodził; ostatniej reinsuflacyi dokonałem (nie chcąc wprowadzić do pokoju operacyjnego chorego z różą) na sali. Wprowadzałem naraz nie więcej, niż 300 cm^3 gazu; nigdy ciśnienia w jamie opłucnej nie doprowadziłem wyżej — 1 wody.

Przez cały czas pobytu w szpitalu dokuczały choremu bóle brzucha i rozwolnienie. D. 29. XII. 1911 wystąpiła róża na twarzy, potem na całej owłosionej części głowy.

Po drugiej reinsuflacyi, 12. XII, ciepłota spadła poniżej 38^0, przyczem wogóle ponad 37^0 wznosiła się tylko na bardzo krótko, nie dłużej, niż na $1—1^1/_2$ godzin (mierzono co dwie godziny prawie przez całą dobę); bywały dni (17, 18, 28 grudnia) zupełnie bezgorączkowe. Sinica zupełnie ustąpiła. Tętno 80.

Stan zdawał się tak dalece lepszy, że myślano już o uwolnieniu chorego od najwięcej dokuczającej mu dolegliwości, — o operacyi w okolicy kiszki ślepej.

Zwrot w przebiegu sprawiło powikłanie różą twarzy i głowy; od chwili wystąpienia tego cierpienia, (na które już dawniej zapadał), gorączka dochodziła do 40^0, nie spadała niżej $37·8^0$. Niemniej jednak, ani charakter tętna, ani inne objawy (nie było ani większej duszności, ani sinicy) nie wskazywały na to, co się działo wówczas w płucach

Chory zmarł d. 10. I. 1912 bardzo spokojnie, zupełnie przytomnie.

Na sekcyę rodzina nie zgodziła się. Moje nalegania tyle tylko zdziałały, że zezwolono na wyjęcie płuca lewego, które leżało w wolnej od zrostów (prócz delikatnego zrostu u szczytu) jamie, zmniejszone do $^1/_3$ wielkości prawidłowej.

Badanie tego płuca wykonał kol. Fr. Lange (któremu za tę pomoc niniejszem dziękuję).

»Zupełnie skurczone atelektatyczne płuco lewe, wielkości jaja strusiego; opłucna wszędzie mętna, miejscami nieco zgrubiała; resztki delikatnych zrostów. Narząd, w formolu przechowany, spoistości na ogół twardawej, ma miejsca miększe i twardsze. Poprzez delikatniejsze miejsca opłucnej przeświecają prawie na całej powierzchni narządu gruzełki wielkości łebka od szpilki aż do ziarnka prosa. Oba płaty są z sobą zlutowane, języczek ruchomy.

Na przecięciu pionowem poprzecznem widać, że tkanka płucna jest wszędzie bezpowietrzna, ale doskonale ukrwiona. Na powierzchni wszystkich cięć widoczne są przekroje mniejszych i większych, zupełnie zserowaciałych, częściowo miękkich i półpłynnych, częściowo twardszych guzów, które na ogół w częściach brzeżnych nie wykazują skłonności do ograniczania łącznotkankowego; w kilku miejscach te guzy okazują się jako jamki oskrzelowe o zawartości zgęszczonej. W płacie dolnym małe guzki świeżo postępującej gruźlicy, typowo około-oskrzelowo ułożone. Tkanka między tymi guzkami, ogniskami i jamami usiana gruzełkami; w płacie górnym jest ich więcej niż w dolnym.

Gruczoły wnęki powiększone, zawierają ogniska zupełnie zserowaciałe.

Rozpoznanie: Płuco zupełnie atelektatyczne (po sztucznej odmie piersiowej). Dosyć świeża postępująca gruźlica obu płatów. Świeży prosówkowy, prawdopodobnie krwio-

pochodny (hematogen), wysiew. (Wobec stwardnienia narządu niemożna wynaleść miejsca wniknięcia zarazka).«

Jeśli w opisanym przypadku suchot galopujących podjąłem się próby leczenia odmą sztuczną, to czyniłem to w przekonaniu, że zaszkodzić choremu niczem nie mogę. Więcej, niż miesiąc życia, nikt mu rokować nie mógł w chwili jego przybycia do szpitala.

Spostrzeżenie powyższe ma wartość jako dowód wielce przeobrażającego wpływu odmy na przebieg nawet ostrej gruźlicy płuc; cały ostatni okres różnił się bardzo od zwykle w podobnych przypadkach spostrzeganego, różnił się złagodzeniem objawów, jakie okazywał chory przed założeniem mu odmy sztucznej. Czy wysiew świeżych gruzełków powstał przed 29. XII. 1911 (wystąpienie róży), czy też potem, orzec trudno. Nie zmieniłoby jednak rozstrzygnięcie tego pytania widoków polepszenia w danym przypadku, w którym ostra gruźlica daleko była posunięta i w każdej chwili groziła uogólnieniem choroby.

Ostatni przypadek, jaki podaję, tyczy się chorego, u którego nie ja odmę wytwarzałem, tyczy się jednak mego pacyenta, u którego wskazania do operacyi postawiłem i którego reinsufluję od pół roku z górą.

XIV. Tuberculosis cavernosa pulmonis dextri chronica, exacerbata. (Pleuropneumonia tuberculosa lobi inferioris dextri recens). Tuberculosis apicis pulmonis sinistri. (Roentgen: Infiltrationes disseminatae totius pulmonis dextri et apicis pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis fere exquisitus. (Insufflatio 4. IV. 1911). Amelioratio distincta.

J. F., lat 28, z rodziny ciężko obciążonej. Zachorował w r. 1904; choroba rozpoczęła się krwotokiem i wysoką gorączką. Od tego czasu aż do listopada r. 1910 chory bywał kolejno w następujących miejscowościach leczniczych: Meran, Falenica, Zakopane, Falenica, Reichenhall (zastrzykiwanie hetolu), San Remo, Meran, Reichenhall (hetol), Meran (hetol), Reichenhall (hetol), Montreux, Reichenhall, Montreux (hetol), Meran, Jałta, Symferopol, Reichenhall, Montreux, Meran. Przez ten czas stan się poprawiał na krótko i znów pogarszał; bywały gorączki, krwioplucia, zapalenia opłucnej.

Przez październik i listopad r. 1910 w Meranie często gorączka do 40° C.; z taką wyjechał do Łodzi.

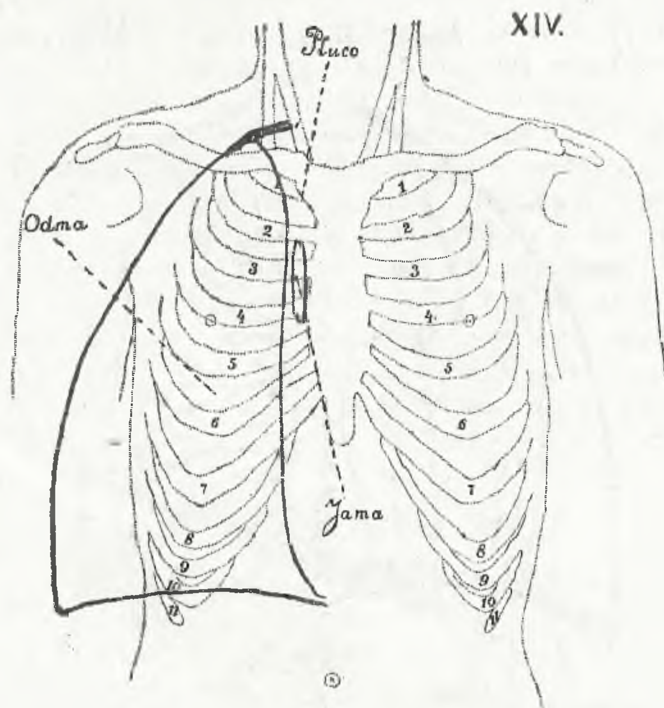
Chorego widywałem dorywczo w ciągu 1909 i 1910 roku. Od listopada 1910 do marca 1911 miewał w Łodzi często gorączkę i krwioplucie; napady te sprawiały wrażenie niewielkich nawrotów, a raczej stałego posuwania się sprawy gruźliczej w płucu prawem, w którego płacie górnym już oddawna rozpoznano jamę.

W początkach marca r. 1911 przy objawach zapalenia w płacie prawym dolnym, krwioplucie, gorączka przeszło 39° C.; objawy te trwały przez trzy tygodnie; towarzyszyła im silna duszność; chory silnie wychudł i osłabł. Pod koniec choroby wystąpił wysięk opłucny ze strony prawej; gorączka spadła wtedy do 37·5 — 38° C.. Kiedy chory zaczął nieco odzyskiwać siły, planowałem wyjazd do miejscowości klimatycznej. Chory wręcz odmówił, twierdząc, że stracił wiarę w ten czynnik leczniczy. Zrezygnowanemu na wszystko choremu zaproponowałem zbadanie radiologiczne płuca, które wykazało zajęcie wszystkich płatów płuca prawego i sprawę okołooskrzelową (peribronchitis) w płucu lewem. Wtedy skierowałem chorego do Prof. Brauera, który wytworzył (metodą Forlaniniego) odmę prawostronną, w kwietniu r. 1911.

Chorego reinsufluję do dziś dnia.

W chwili obecnej odma ucisnęła całe płuco prawe, prócz samego szczytu, który jest utrzymywany w napięciu przez silny zrost.

Wynik leczenia bardzo dobry. Chory, który po powrocie z Meranu był pół-inwalidą — obecnie pracuje zawodowo jako kupiec. Gorączka zjawiała się czas jakiś bezpośrednio po reinsuflacyi (do 37·3); dziś jej wcale nie miewa. Plwociny wydaje po 5—10—20 cm³ na dobę; czasem bywa krwią zabarwiona i zawiera (dwukrotne badanie) dwoinki Fraenkla; pochodzi widocznie z jakiegoś małego ogniska, dotkniętego przewlekłym stanem zapalnym, nie gruźlicą. W czasie feryi letnich, kiedy z powodu mojej nieobecności przez sześć tygodni nie był reinsuflowany, chory więcej odpluwał, czuł się gorzej, gorączkował. Było to »experimentum crucis«, ponieważ z chwilą ponownego podjęcia reinsuflacyi powróciła poprawa i trwa po dziś dzień; to samo dotyczy i krwioplucia, które ustępuje po mocniejszem uciśnięciu płuca.



Przypadek XIV. Schematyczny rysunek radiogramu płuca prawego po dwumiesięcznym ucisku. Płuco całkowicie uciśnięte, prócz szczytu; jama uciśnięta (po dalszych dwu miesiącach — jama stała się zupełnie niewidoczna).

Chory, który w styczniu i lutym r. 1911 nie mógł dłużej mówić, ponieważ brakło mu tchu, dziś pomimo, że ma tylko jedno płuco czynne, mówi swobodnie i bez zmęczenia; chodzi po schodach powoli, ale robi co dzień parę pięter. Cera, poprzednio ziemista, znakomicie się poprawiła: nikt z niewtajemniczonych nie podejrzywa, że ma przed sobą osobnika z całkowicie uciśniętem jednem płucem. Waga wzrosła o sześć funtów; ale pamiętać należy, że to leczenie prowadzimy u chorego, mieszkającego w Łodzi, w hotelu, pracującego fachowo, jakkolwiek niezbyt wysiłkowo, ale w złych warunkach higienicznych.

Chory stwierdza, że żadna z metod leczniczych dotąd stosowanych nie dała mu nawet w przybliżeniu tak wielomiesięcznego zwolnienia, nawet wśród najidealniejszych warunków klimatycznych (w Łodzi jest obecnie stale 8 miesięcy).

Podane szkicowo historye chorób dają pojęcie o tem, jak dalece sztuczna odma piersiowa przeobraża przebieg (raczej: charakter objawów klinicznych) ciężkich postaci gruźlicy płuc.

Nie podają one wcale jeszcze danych co do tego, jakie będą wyniki ostateczne podjętego leczenia; a tylko co do czterech przypadków (VII, X, XI, XIV) mogę dziś powiedzieć, że mam nadzieję wyleczenia [1]) gruźlicy tą metodą.

[1]) Poprawę uda się uzyskać i u innych chorych.

Tylko w czterech na dziewięć. To bardzo mało, jeśli rzecz oceniać w odsetkach. To niesłychanie wiele, jeśli pomyśleć, że chodzi o czterech ludzi bardzo ciężko chorych na gruźlicę, których się leczy w wielkiem mieście.

Bardzo więc skromnym być w swych wymaganiach musi lekarz, który wciąga odmę piersiową sztuczną do arsenału terapii. Cieszyć się musi z każdego, bodaj pojedynczego wyleczenia, bo leczy chorych, którym inne środki albo nie są dostępne, albo już zawiodły.

Jeślim dotąd mówił o dwu kardynalnych wskazaniach: o wyłącznie jednostronnem, lub prawie wyłącznie jednostronnem ciężkiem zajęciu gruźliczem płuc i o wolnej lub prawie wolnej jamie opłucnej, to na tem miejscu wspomnę jeszcze o dwu innych wskazaniach, natury moralnej: chory musi być dosyć inteligentny, by zrozumiał istotę zabiegu i konieczność leczenia długotrwałego; a lekarz bardzo w swym zawodzie zamiłowany, by się nie zniechęcił do metody: żmudnej, najeżonej przeszkodami, stosowanej zawsze u bardzo chorych, wyczerpanych długiem cierpieniem, często wykolejonych psychicznie i — dającej tak mały »odsetek« wyzdrowień!

Piśmiennictwo, z którego bezpośrednio korzystałem *). Skrócenia. B. = Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung. M. = Münchener medizinische Wochenschrift. Th. = Therapie der Gegenwart. Z. = Zeitschrift für Tuberkulose. 1) Albrecht E. Zur klinischen Einteilung der Tuberkuloseprozessse in den Lungen. Frankf. Zeitschr. für Pathologie. Tom I. 1907, str. 361. — 2) Arnsperger. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Tom VIII. Z. 3. — 3) Tenże. Ther. d. Gegenw. 1911, XI. — 4) Bandelier-Roepke. Die Klinik der Tuberkulose 1911. — 5) Benecke. B. Tom IX, str. 345. — 6) Borzęcki. Med. i Kronika lek. 1911. — 7) Brauer. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1910. Zeszyt 2. — 8) Tenże. Erfahrungen und Ueberlegungen zur Lungenkollapstherapie I. B. Tom XII, str. 49. — 9) Tenże. M. 1906, Nr 7. — 10) Brauer u. Spengler L. Erfahrungen und Ueberlegungen zur Lungenkollapstherapie II. B. XV, str. 419. Ciż. B. XIV, str. 419. — 11) Ciż. B. Tom XIX, str. 1. — 12) Brauns. Z. XV. str. 425. — 13) Bruns. B. Tom XII, str. 1. — 14) Cahn. Therap. Monats. 1911, X. — 15) Daus. Th. 1909, Maj. — 16) Deneke. Zeit. f. aerztl. Forbildung 1911, Nr 18. — 17) Dunin T. O zmianach anatomicznych w płucach przy ich ucisku. Księga pamiątkowa złożona Prof. Hoyerowi R. 1884. — 18) Finkler. »Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht« wydany przez Schrödera i Blumenfelda 1904. — 19) Forlanini. Th. 1910. — 20) Tenże. Th. 1908. — 21) Tenże. M. 1910, Nr 3. — 22) Tenże. Deut. m. Woch. 1911, Nr 3. — 23) Tenże. Deut. m. W. 1911, Nr 50. — 24) Tenże. Deut. m. W. 1911, Nr 6. — 25) Franck. Wiener klin. Woch. 1911, Nr 26. — 26) Da Gradi. Deut. m. W. 1910, Nr 22. — 27) Graetz. B. X. Z. 3. — 28) Groedel. Atlas und Grundriss der Röntgendiagnostik in der inneren Medicin 1909. — 29) Grodecki F. i Hellin D. Empyema ambilaterale. Czasopismo lekarskie. Rocznik VII. — 30) Harras. Mith. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Ch. Tom XXI. Z. 3. — 31) Hellin D. Ueber das Collabiren der Lunge beim Pneumothorax nebst Bemerkungen über die Wiederentfaltung der Lunge und dem doppelseitigen Pneumothorax. Berl. kl. Woch. 1901, str. 1020. — 32) Tenże. O niezależności oddychania od warunków ciśnienia atmosferycznego, tudzież uwagi o podwójnej odmie piersiowej. Gaz. lek. 1906, str. 169. — 33) Tenże. Mitth. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. Tom XVII. Z. 3. — 34) Herman. Pogląd na obecny stan chirurgii płuc. Tyg. lek. 1911, Nr 45. — 35) Holmgren. M. 1910, Nr 36. — 36) Tenże. B. XXI. Z. 3. — 37) Jessen. Würzburger Abhandlungen 1911. Tom XI. Z. 7. — 38) Karewski. Ueber die neueren Methoden chirurgischer Therapie der Lungentuberkulose. Z. XIV. Z. 6. — 39) Kuhn. Die Lungensaugmaske in Theorie und Praxis 1911. — 40) Kuss. Traitement de la tuberculose pulmonaire. W dziele Theraupeutique des maladies respiratoires (Bibliotheque de therapeutique Gilberta i Carnota) 1911. — 41) Klemperer. Th. 1906. Z. 12. — 42) Konzelmann. Ueber den Einfluss pleuritischer Exsudate auf den Verlauf der Lungentuberkulose. B. Tom X. Z. 4. — 43) Leuret. Le journal médic. francais. 1911, Nr 8. — 44) Lexer. B. Tom VIII. Z. 1. — 45) Mosheim. B. Tom III. — 46) Muralt. M. 1909, str. 50 i 51. — 47) Tenże. Zur Kenntniss der symmetrisch fortgeleiteten Rasselgeräusche. B. Tom XVI. Z. 2. — 48) Tenże. B. XVIII. Z. 3. — 49) Pentzoldt-Stinzing. Hbch. der Therapie. Tom III, 1910. — 50) Persch. Wiener klin. Woch. 1911, Nr 38. — 51) Pigger. B. Tom VIII. Z. 4. — 52) Rubel. Zur Kenntniss der Wirkungs. funktioneller Ruhe der Lunge auf die Ausbreitung und den Verlauf der Lungentuberkulose. B. Tom XVIII. Z. 1. — 53) Ruediger. B. Tom XVIII. Z. 1. — 54) Tenże. Kompendium der Rötgendiagnostik 1911. — 55) Sauerbruch-Schumacher. Technik der Thoraxchirurgie 1911. — 56) Saugman. Z. Tom XII. Z. 1. — 57) Tenże. Z. Tom XIV. Z. 3. — 58) Tenże. Beihefte zur Medizinischen Klinik 1911. Z. 4. — 59) Saugman i Hansen. B. Tom XV. Z. 3. — 60) Schmidt. M. 1907, Nr 49. — 61) Tenże. B. Tom IX. Z. 3. — 62) Schmorl. Zur Frage der Genese der Lungentuberkulose. Münch. med. W. 1902, Nr 33 i 34. — 63) Schwalbe. Therapeutische Technik 1910. — 64) Shingu-Kioto. B. Tom XI. Z. 1. — 65) Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Tom III. — 66) Tenże. Nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płuc. Odczyty kliniczne. Serya XVIII. Zeszyt 210. — 67) Spengler L. Ueber mehrere Fälle von geheiltem tuberkulösem Pneumothorax verbunden mit gleichzeitiger Heilung des Lungentuberkulose in 4 Fällen Z. Z. 1 i 2. — 68) Steinbach. Beitr. zur Klin. d. Tuber. Tom IX, str. 237. — 69) Sterling. O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu. Odczyty kliniczne Nr 212—214. — 70) Turban. Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose 1899. — 71) M. Tiegel. Operative Lungenstauung und deren Einfluss auf die Tuberkulose. Archiv. für klin. Chirurgie 1911. Tom 55. Z. 4. — 72) Tendeloo. Die Bedeutung der Atmungsgrösse für die Entstehung und die Ausdehnung bezw. Heilung der Lungentuberkulose. B. XI. Z. 2. — 73) Warnecke. B. Tom XVI. Z. 2. — 74) Wellmann. M. 1908. Nr 34. — 75) Wenckenbach. Mittheil. a. d. Grenzgebieten. Tom XIX. Z. 3. — 76) Westenhöffer. Zur Frage der Disposition bei der Lungentuberkulose mit Beziehung auf ihre Therapie. (Pneumothorax). Th. 1906. — 77) Ziegler O. i Krause P. Röntgenatlas der Lungentuberkulose 1910.

*) Szczegółowy wykaz piśmiennictwa, obejmujący 339 numerów podają dwie prace Brauera i Spenglera, przezemnie przytoczone.

Sprostowanie. W zeszycie 6. str. 97, szpalta 2, po wierszu 15. (od dołu) opuszczono słowa: »Wielką pomocą jest nam tu radiologia«.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Leonhard. **Der moderne Schularzt.** Lipsk. 1911. I—II.

Pracę niniejszą uważać można niejako za podręcznik higieny szkolnej, porusza w niej bowiem autor zwięźle wszystkie najżywotniejsze zagadnienia tej gałęzi wiedzy lekarskiej.

Instytucya lekarzy szkolnych ma obecnie dwa typy: 1) Kilku lekarzy szkolnych, zajmujących się prócz tego praktyką (Schularzt im Nebenamte, np. w Krakowie); 2) jeden lub kilku lekarzy szkolnych, zajmujących się tylko higieną szkolną (S. im Hauptamte). Która instytucya jest lepszą, tańszą, a skuteczniejszą, orzec trudno i autor stanowczo też tego nie rozstrzyga.

Z zadań lekarza szkolnego podnosi Leonhard głównie: 1) kontrolę i badanie budynku szkolnego i urządzeń szkolnych; 2) »asenterunek rekrutów« szkolnych; 3) badanie szczegółowe dzieci i prowadzenie odpowiednich katastrów, 4) czuwanie nad dziećmi słabowitemi; 5) peryodyczne wizyty w klasach szkolnych; 6) konferencye z rodzicami; 7) pouczanie dzieci higieny.

Do tych celów dąży się w różnych miastach różnemi drogami, ale w zasadzie skutek wszędzie jest ten sam. Głównie używa się t. zw. systemu wiesbadeńskiego (S. im Nebenamte). Prócz tego w niektórych miastach prowadzi się

ambulatorya dentystyczne, ortopedyczną gimnastykę, kąpiele i kuchnie szkolne. Gdzieniegdzie istnieją także klasy pomocnicze dla mniej rozwiniętych dzieci, zostające pod dozorem lekarza. Lekarz szkolny, zajmujący się tylko szkołą (Hauptamt), nie powinien mieć pod nadzorem więcej jak 16.000 dzieci, a pracujący ubocznie w szkole — najwyżej 1.500. Na razie dla dużych miast nadaje się lepiej typ pierwszy, dla mniejszych i dla wsi typ drugi. Dzięki lekarzom szkolnym powstają w wielu miastach niemieckich szkoły leśne, kolonie wakacyjne, uzdrowiska i t. p. Lekarz szkolny powinien zacząć szczegółowe badanie dopiero w pewien czas po rozpoczęciu roku szkolnego, gdy już liczba dzieci się ustali i nauczyciele poznają swych wychowanków. Ponieważ rodzice niestety często nie spełniają poleceń lekarza szkolnego, przeto powinny być wszędzie »siostry szkolne«, które pomagają lekarzowi w badaniach, a następnie chodząc po domach, kontrolują, czy polecenia lekarzy są spełniane. Lekarz szkolny powinien koniecznie mieć w szkole swą stałą godzinę, by mógł wtedy rozmówić się z rodzicami chorych dzieci. Skutkuje to lepiej, niż wszelkie pisma, druki i odczyty. Lekarz szkolny właściwy (Hauptamt) odbywać może te konferencye i u siebie w domu.

Lekarz powinien się starać zyskać zaufanie nauczycieli, a nie traktować ich z góry. Jedynie bowiem wzajemne współdziałanie jest skuteczne. Również powinien lekarz szkolny uważać, by nie wchodził w kolizyę z kolegami praktykami, zwłaszcza, że właściwe leczenie do lekarza szkolnego nie należy.

Lekarz szkolny może bardzo skutecznie zwalczać partactwo i działać oświecająco na szerokie masy.

Co do szkolnych klinik dentystycznych, to zwykle leczy się tam dzieci biedne zadarmo, a od zamożniejszych pobiera bardzo nizkie opłaty, np. wyrwanie zęba 0,5 marki, plomba 1·5 m., zatrucie nerwu 0·70 m. itp. W wielu miastach subwencyonują te instytucye kasy chorych, fabryki i towarzystwa. Klęsk.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Straus. **Postępowanie bezgnilne i traktowanie ran.** (Klin. therap. Woch. 1912. Nr 3). Pojęcia nasze o postępowaniu bezgnilnem ulegają ciągłym zmianom. W działanie środków przeciwgnilnych już nie wierzymy tak jak dawniej. Lekarz praktyczny przedewszystkiem dbać powinien o czystość swych rąk (rękawiczki). Skórę odkaża się jodyną, i to nawet bez poprzedniego mycia wodą (benzyną usuwa się mechaniczne zanieczyszczenia). Co do rąk, to najprostszą metodą jest mycie alkoholem i wodą gorącą. Szew bezgnilny łatwo uzyskać zapomocą klamerek Michela. Ran nie powinno się bez potrzeby przemywać, najlepiej tylko otaczającą skórę wyjodynować. Również t. zw. gazy przeciwgnilne nie mają znaczenia dla rany zakażonej. Jedynie gaza jodoformowa przy gruźlicy działa dobrze, a przytem odwania wydzieliny. K.

Knoke. **Leczenie ropowicy górnych kończyn zapomocą okrojenia** (circumcisio). (Münch. med. Woch. 1912. Nr 3). Ponieważ zakażenie przy ropowicy szerzy się drogą naczyń limfatycznych, przeto Nösske w ciężkich przypadkach posuwającego się zakażenia zalecił niedawno (Zentralbl. f. Chir. 1910. Nr 37) wysoko na ramieniu poza pachą przecięcie skóry po stronie wewnętrznej ramienia, aż do powięzi, a przez to odcięcie naczyń limfatycznych. W jednym bardzo ciężkim przypadku zastosował autor nietylko cięcie Nösskego, ale zupełne okrężne okrojenie i osiągnął znakomity, rzec można natychmiastowy wynik, choć stan był groźny i już zamyślano o amputacyi. Zabiegu tego powinno się zawsze próbować w ciężkich przypadkach ropowicy; zwłaszcza lekarz praktyczny powinien go próbować, jeżeli np. chory na proponowane udanie się do szpitala zgodzić się nie chce, a sprawa jest tak poważna, że zagraża koniecznością amputacyi. K.

Wildenrath. **Zatrucie kokainą.** (Friedr. Bl. 1911, Nr 3). Zatrucie kokainą należy do najmniej obliczalnych. Nieraz objawy zatrucia występują już przy dawce 0,02, a innym razem nawet 5 grm. jeszcze śmierci nie wywołuje. W zwłokach z powodu łatwego rozkładu kokainy wykazać ją można jeszcze tylko krótki czas po śmierci. Kokaina działa też na różnych ludzi różnie, co niezmiernie utrudnia orzekanie sądowe. Przy ostrem zatruciu kokainą spotykamy: przyspieszenie czynności serca i oddechu, rozszerzenie źrenicy, drgawki i kurcze, zaburzenia świadomości, bredzenia, zapad. Często spotyka się podniecenia, zwłaszcza erotycznej natury, czego ofiarą padają potem lekarze, obwiniani niesłusznie przez chore. W razie zatrucia kokainą przy podawaniu wewnętrznem, nie występują niestety wymioty, gdyż kokaina poraża właśnie nerwy ścian żołądka. K.

Stertz. **Znaczenie nakłucia lędźwiowego dla rozpoznania schorzeń mózgu i rdzenia.** (Med. Klin. 1912. Nr 4). Przy badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego odgrywa ciśnienie jego rozpoznawczo mniejszą rolę. Przy guzach należy nakłuwać ostrożnie, wypuszczać płyn kroplami i nie więcej ogółem, niż 3 cm^3. Barwa płynu może być wtedy czasem żółta, zwłaszcza spotykamy ją przy guzach pozardzeniowych. Płyn krwawy badać należy po odwirowaniu. Jeżeli po odwirowaniu płyn jest jasny, to krwotok był świeży, jeżeli nadal krwawy, to krwotok był dawniejszy. Rozpoznawczo wchodzą w rachubę 4 odczyny główne: 1) cytodyagnostyka, 2) oznaczenie białka, 3) odczyn Wassermanna we krwi, 4) tenże odczyn w płynie mózgowordzeniowym. Zapomocą cytodyagnostyki rozpoznać można gruźlicę, zmiany kiłowe i metakiłowe i t. p. Oznaczenie białka idzie z tem także w parze. Tak np. zwykle zwiększoną ilość białka w płynie spotyka się przy sprawach kiłowych. Znaczenie odczynu Wassermanna jest znane. Zwłaszcza ważne jest porównanie odczynu we krwi i w płynie. Dodatni wynik w płynie przemawia za cierpieniem kiłowem, a ujemny przemawia przeciw porażeniu postępującemu, albowiem w niem zawsze prawie odczyn jest dodatni w przeciwieństwie do wiądu rdzenia. A.

Janssen. **Zaopatrywanie pęcherza po cięciu nadłonowem.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 3). Ideałem naszego postępowania powinno być stworzenie możności zaszywania pęcherza na głucho. W tym celu należy: 1) prowadzić w pęcherzu cięcie gładkie i nie operować palcami na ślepo z małego nacięcia, 2) tamować skrupulatnie krwawienie w pęcherzu, 3) otwierać napełniony pęcherz trójgrańcem, by nie zakażać całej rany treścią pęcherza, 4) skóry nie przecinać w poprzecznym fałdzie nad spojeniem, lecz poniżej tegoż fałdu, 5) szew zakładać dwupiętrowy ciągły, dolny katgutem, górny (Lemberta), gdy operacya czysta, jedwabiem, gdy nieczysta, katgutem, 6) skórę zaszyć na głucho a sączkować sączkami szklanymi poniżej i powyżej rany z osobnych cięć, 7) cewnik w pęcherzu trzymać 12 do 14 dni, 8) krwawienie tamować skrupulatnie, a do usuwania ew. krwawych podbiegnięć podskórnych założyć sączek powyżej rany, który wyciąga się za 2—3 dni. K.

Kraemer. **Leczenie przerostu sterczu rozciąganiem gruczołu.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 3). Wprawdzie wyłuszczenie sterczu daje nieraz dobre wyniki, bądźcobądź jest ono jednak zabiegiem ciężkim i operacya, np. nadłonowa Freya, daje do 10% śmiertelności. Bensa słusznie mówi: »La prostatectomie n'est pas une opération très difficile à faire, mais à supporter«. W ostatnich czasach przypomina Bayer zabieg zachowawczy, mianowicie rozciąganie gruczołu. Bayer stosował je u 12 chorych w przypadkach ciężkich, z czego u 6 uzyskał zupełnie dobry wynik, u 2 poprawę wybitną. Również i autor donosi o 4 ko-

rzystnych wynikach leczenia tego rodzaju. Do rozszerzania służą odpowiednie narzędzia, mianowicie rozszerzadło Kollmanna (z zakrzywieniem Dittla) lub Bayera. W razie krwotoku zakłada się cewnik na stałe na kilka dni. K.

Położnictwo i ginekologia.

Sniegirew. **Badania elektrokardyograficzne w ginekologii (Myom-Herz).** (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911, grudzień). S. wykonał badania elektrokardyograficzne u 28 kobiet, w wieku od 31—53 lat, cierpiących na włókniaki i włókniako-mięśniaki macicy; wyniki badań streszcza w sposób następujący: 1) Elektrokardyogramy są doskonałym wskaźnikiem stanu mięśnia serca; 2) wszelkie zboczenia, dotyczące budowy anatomicznej lub czynności fizyologicznej serca, dają wyraźne odmiany ogólnego rysunku elektrokardyograficznego; 3) w przypadkach włókniakomięśniaka (Myom-Herz) elektrokardyogramy nie dają podstawy do tego, by przypuszczać szczególne zmiany w sercu; 4) elektrokardyogramy, otrzymane przez autora, nie różnią się w niczem od prawidłowych; 5) być może, iż w przyszłości przy dokładniejszem obznajomieniu się z tym sposobem badania, uzyska się pewne szczegóły elektrokardyograficzne, mające znaczenie rozpoznawcze; 6) autor przychyla się do zdania Bumma, iż pod nazwą »Myom-Herz« rozumieć należy serce osłabione z powodu silnych krwotoków lub też przerosłe wskutek nadmiernego rozwijania się naczyń krwionośnych we włókniakomięśniaku macicy. M. Pietkiewicz.

L. Kutasow. **W sprawie różnorodnych powikłanych nowotworów, zawierających tłuszcz.** (Zurnał akuszer. i żensk. bol. 1911, grudzień). K. ściśle odróżnia nowotwory mieszane (Mischgeschwulst) od nowotworów powikłanych (Kombinationsgeschwulst). Pierwsze są wynikiem połączenia się dwóch lub kilku rodzajów nowotworów, pochodzących z rozmaitych tkanek, niezależnych genetycznie jedne od drugich; drugie zaś zawierają wprawdzie także tkanki różnorodne, ale pochodzą z komórek jednego rodzaju, z blaszki zarodkowej środkowej. W piśmiennictwie znalazł K. zaledwie 20 przypadków, należących do drugiej grupy nowotworów i dołącza do nich 2 własne spostrzeżenia. Rozpoznanie guzów tego rodzaju możliwe jest tylko zapomocą badania drobnowidowego. M. Pietkiewicz.

O. Frankl. **Przyczynki do nauki o mięśniakach macicy ze szczególnem uwzględnieniem błony śluzowej i jej związku z krwotokami i zaburzeniami rozrodczemi.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I.). Badania histologiczne wykazały, że mięśniaki macicy nie wywołują przerostu jej śluzówki; nierzadko natomiast przychodzi do znacznego nawet jej obrzęku, i to także w części, nie pozostającej w związku z guzem, szczególnie przy mięśniakach śródściennych. Przy guzach, rosnących ku błonie śluzowej, występuje raczej jej ścieńczenie, a nawet powolny jej zanik, i to także tej części, która nie pozostaje w związku z samym guzem. Zanikająca śluzówka, pozbawiona gruczołów, bierze udział w miesiączkowaniu tylko pod postacią wzmożonego przekrwienia naczyń włosowatych. Należy też podnieść, że ani obrzęk, ani zanik śluzówki przy mięśniakach macicy nie mają nic wspólnego ze sprawą zapalną. Mięśniaki podśluzowe i te, które rosną ku śluzówce, wywołują prawie zawsze rozwój nowej, znacznie rozgałęzionej, w niektórych miejscach zatokowato rozszerzonej sieci naczyniowej, której stan przekrwienia jest zmienny i zależy od ucisku samego guza, jakoteż każdorazowej fazy miesiączkowej, a więc i od jajników, jako ośrodków, regulujących okresy przekrwienia w macicy. Przekonano się zresztą, że wzajemny wpływ mięśniaków i jajników jest tu bardzo ważny, że jajniki są prawie zawsze znacznie powiększone, a ich zdolność czynnościowa czasowo przedłużona. Nie można więc zaprzeczyć możliwości, że takie »Myomovarium« poza swym wpływem regulującym, wywołuje w ogóle stałe przekrwienie macicy mięśniakowej. Wiadomo, że przez zastosowanie promieni Röntgena na jajniki można zmniejszyć chorobowo wzmożone przekrwienie macicy. Te stany stałego niejako przekrwienia są też powodem dłużej trwającej miesiączki (menorrhagia), przesunięcia okresu przekwitania (climax) na czas późniejszy i krwawień nieregularnych (metrorrhagia), które przy wszystkich formach mięśniaków macicy, szczególnie jednak przy podśluzowych, mogą być bardzo obfite. Jeżeli jednak krwotoki takie wskutek pękania naczyń łatwo sobie wytłomaczyć przy mięśniakach podśluzowych, to przyjęcie samego przekrwienia jako przyczyny krwawień przy mięśniakach śródściennych i podsurowiczych nie może zadowolnić. Autor i Halban wykazali, że gruczoły śluzówki macicy wytwarzają stale ferment proteolityczny, który w okresie przedmiesiączkowym szczególnie się obficie wydziela. Ten ferment ma wywoływać rozpulchnienie komórek, temu okresowi właściwe, rozpuszczanie powierzchownych nabłonków, nadtrawienie powierzchownych naczyń włosowatych i w następstwie tego krwawienie miesiączkowe, a w końcu brak krzepliwości krwi miesiączkowej. Rosenbach wykazał nadto, że trawienne działanie fermentu zostaje nadzwyczaj wzmożone pod wpływem przekrwienia. Te dwa czynniki: przekrwienie i ferment trypsynowy mogą wytłomaczyć krwawienie, i to tak wśród warunków prawidłowych (miesiączkowanie), jak i chorobowych. Pod wpływem przekrwienia w macicy mięśniakowej zostają małe nawet ilości fermentu, znajdującego się stale w śluzówce macicy, z wyjątkiem okresu pomiesiączkowego, pobudzone do wzmożonej czynności, a wskutek swego działania trawiennego otwierają naczynia i wywołują krwotok. Omawiając wpływ mięśniaków macicy na okres rozrodczy, stwierdza autor, że zdolność zastąpienia jest u takich kobiet znacznie zmniejszona i że ciąża nierzadko już we wczesnych miesiącach przerywa się, fakty, które w znacznej części należy odnieść do zmienionego kształtu i położenia samej macicy i jej jamy, jakoteż do skłonności do krwawień. Nie ulega wątpliwości, że i te krwawienia mięśniakowej macicy ciężarnej odnieść należy do procesów biochemicznych, o których wyżej wspomniano. Jeżeli jednak nie zawsze krwawienia występują, to dlatego, że gruczoły śluzówki w czasie ciąży wydzielają tylko pierwsze 3 miesiące, że wydzielina ta rzadko tylko przez wązkie i zamknięte zwykle przewody dostaje się na powierzchnię, że naczynia krwionośne leżą dość głęboko, i że doczesna ma mieć wybitną własność przeciwtrypsynową. Dr E. Ehrenpreis.

Schultze. **O konieczności rozpoznawania ginekologicznego i operacyjnego leczenia w zakładach dla umysłowo chorych.** (Gyn. Rundschau 1912, Nr 1). Na zazadzie niejednokrotnie stwierdzonego związku między cierpieniami narządów rodnych a stanami neuropatycznymi i psychozami u kobiet, żąda Bossi, by każdą tego rodzaju chorą przed umieszczeniem w zakładzie dla umysłowo chorych badano i leczono pod względem ginekologicznym. Schultze już w r. 1880 żądał, by w zakładzie dla umysłowo chorych jeden z asystentów był doświadczonym ginekologiem, któryby umiał stwierdzić i usunąć zmiany chorobowe narządów rodnych. Obecnie obfity materyał, opublikowany przez Kobbsa, potwierdza w całej osnowie wywody Bossiego i Schultzego. Dodatnie wyniki, otrzymane przez stosowanie leczenia operacyjnego tam, gdzie ono było wskazane, podniosły odsetek wyleczonych ze zboczeń umysłowych, opuszczających zakład, z 37·5%, na 52·7%. Na 1.000 chorych znalazł Kobbs u 250 zmiany w narządach rodnych, nadające się do leczenia operacyjnego. Stąd wynika, że rozpoznanie ginekologiczne jest ważną częścią rozpoznania ogólnego u chorych umysłowo i nigdy nie może być pominięte, i dlatego, opierając się na powyższych faktach, żąda nawet Schultze, by dyrektorem zakładu dla umysłowo chorych kobiet był ginekolog operator, a jego asystentami — psychiatrzy. A. Markowa.

W. Gusiew. **Wyciąg z przysadki mózgowej jako środek pobudzający bole porodowe.** (Russkij Wracz.

1911, Nr 52). G. wstrzykiwał podskórnie »extractum hypophyseos ex infundibulo 20%« firmy Burroughs Wellcome po 0·75 na dawkę: 2 razy przy przedwczesnem oddzieleniu się łożyska, raz jeden jednocześnie z zastosowaniem metreuryzy, raz jeden przy wskazaniu do założenia kleszczy, raz jeden w celu zatrzymania krwotoku w okresie porodowym (po cięciu cesarskiem pochwowem) i wreszcie w 9 przypadkach porodów, w których bole były bardzo dobre. Po wstrzyknięciu wyciągu z przysadki mózgowej zjawiały się w 2—10 minut bole porodowe bardzo silne, ale nie miały charakteru kurczowego i powtarzały się co 2 minuty; po pewnym czasie zjawiały się rzadziej i nieco słabsze, wzmagały się jednak w okresie wydalania płodu. Działania ubocznego na rodzące, ani wpływu niepomyślnego na noworodki nie spostrzegano ani razu. W okresie porodowym żadnych powikłań nie było. We wszystkich przypadkach przytoczonych nie podawano sporyszu ani jego przetworów. Autor przestrzega, by stosując wyciąg z przysadki mózgowej, nie używać wyskoku jako środka odkażającego narzędzia, ponieważ osłabia on działanie leku (Hofbauer, Stern). G. przemywał strzykawkę, igłę, oraz skórę brzucha wyłącznie eterem. M. Pietkiewicz.

J. Wierbow. **O samorodnem pęknięciu macicy w porodach zaniedbanych i braku przytem zawiłego mechanizmu.** (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911, październik i listopad). Na zasadzie danych, zebranych z piśmiennictwa, stara się W. zwalczyć teoryę Bandla i dochodzi do następujących wniosków: 1) Narząd rodny u kobiet (więzadła, jajowody, macica, pochwa) zawiera gładkie włókna mięsne, które wykonują w czasie porodu ruchy robaczkowe. 2) Samorodne pęknięcie macicy następuje w sposób jednaki zarówno w ciąży, jak w czasie porodu zaniedbanego. Czas trwania porodu, wymiary miednicy oraz główki przodującej nie wywierają wpływu na sposób pęknięcia macicy (? sprawozdawca). 3) Powodem samorodnego pęknięcia macicy jest wyłącznie kruchość tkanki macicznej, nie mogącej stawić oporu wzmożonemu ciśnieniu wewnątrzmacicznemu. 4) Kruchość tkanki jest prawdopodobnie w większości przypadków wynikiem nadmiernej pracy w czasie porodu poprzedniego, wskutek nieodpowiednich (do pewnego stopnia) wymiarów miednicy w stosunku do wielkości główki płodu. 5) Zmiany, które zaszły w ścianie macicy, są zależne od nowych cech włókien mięsnych. 6) Zmiany w tkance mięsnej, dotychczas nie wyjaśnione, wywołują oprócz kruchości ścian, także niedomogę czynnościową macicy, czego wyrazem są słabe skurcze od samego początku porodu. 7) Połączenie dwóch nowych cech włókien mięsnych (kruchości i niedomogi czynnościowej) daje rozmaite obrazy kliniczne pęknięcia macicy. 8) Jeśli kruchość tkanki jest bardzo znaczna, następuje pęknięcie macicy w czasie ciąży wskutek urazu przypadkowego. 9) Jeśli tkanka jest nieco więcej spoista i jednocześnie zdolność czynnościowa jest znaczna, następuje pęknięcie na początku porodu już po kilku bolach energiczniejszych. 10) Jeśli tkanka macicy nie jest zbyt krucha a niedomoga czynnościowa jest dosyć wyraźna, w takim przypadku nie mogą słabe skurcze przyczynić się na razie do pęknięcia macicy. Poród przeciąga się długo, ściana macicy zaczyna powoli rozrzedzać się. Po pewnym czasie następuje naddarcie ściany, połączone z uczuciem niezmiernej bolesności w miejscu uszkodzenia i upadkiem sił rodzącej, bole porodowe stają się nieprawidłowe, przybierają charakter kurczowy. Wreszcie następuje zupełne rozdarcie ściany macicy i płód dostaje się do jamy brzusznej. 11) Jeśli tkanka macicy jest mniej krucha, natomiast niedomoga czynnościowa bardzo wyraźna, to następuje tylko naddarcie ściany i płód pozostaje w jamie macicy. Wynikiem takiego stanu bywa bezwład macicy, który trwać może czas dłuższy nawet po sztucznem opróżnieniu macicy. 12) Jeśli mięśnie macicy są dosyć sprawne i kruchość tkanek nieznaczna, w takim razie poród przeciąga się długo, kończy się jednak samodzielnie, naddarcie, lub nawet zupełne rozdarcie ściany macicznej stwierdza się dopiero po ukończeniu porodu lub też pozostaje wcale nierozpoznanem. 13) Pęknięcie może nastąpić w każdej części macicy, najczęściej jednak zdarza się na granicy pomiędzy trzonem i szyjką macicy, ponieważ tutaj ściana jest cieńsza, a więc słabsza, niż w innych miejscach.

(Wnioski, po części zbyt ogólnikowo sformułowane, po części dosyć mgliste, nie przyczyniają się bynajmniej do wyjaśnienia sprawy, o którą autorowi chodzi. Praca ta zasługuje na poznanie chyba tylko jako próba szukania nowych dróg w celu wyjaśnienia zawiłego zagadnienia, dotyczącego przyczyn samorodnego pęknięcia macicy w takich przypadkach, w których 1) mechaniczna teorya Bandla zastosowania mieć nie może (naprz. w czasie ciąży, przed rozpoczęciem czynności porodowej, gdy o nadmiernem rozszerzeniu dolnego odcinka macicy niema mowy) i 2) badanie drobnowidowe żadnych zmian chorobowych w budowie ściany macicznej wykryć nie zdołało. Sprawozdawca).

M. Piętkiewicz.

Dermatologia.

F. Krzyształowicz. **W sprawie zmian w naciekach kiłowych po wstrzykiwaniach salwarsanu.** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 110). Badania K., opierające się na 8 przypadkach zmian kiłowych, doprowadziły go do wniosku, że pod wpływem działania salwarsanu najważniejszy składnik nacieków kiłowyeh, komórki plazmatyczne, ulega przemianom, które objawiają się jako obrzęk, zanik i rozpad. Można zatem w tym przypadku mówić o działaniu wybiorczem salwarsanu na nacieki, powstałe pod wpływem krętków bladych; nie można jednak wyciągać z tego wniosku, że przetwór ten działa silniej na nacieki, niż na same pasorzyty.

Prawdopodobnem jest jednak przypuszczenie, że gdyby salwarsan działał tylko i głównie na same mikroby, nacieki ulegałyby szybciej i jednostajniej zmianie, niż to widać w obrazie mikroskopowym. Możnaby raczej dojść do tego wniosku, że w tych przypadkach po stosowaniu salwarsanu następuje powolny rozpad, powstający tylko w niektórych częściach, a nie naraz w całym nacieku, po początkowym silnym obrzęku i że objawy te występują szybciej i z większem nasileniem po wlewaniach śródżylnych, niż po wstrzykiwaniach miąższowych. H. L. Weber.

O. Clingenstein. **Przypadek zatoru „à distance" po śródżylnem wlewaniu salwarsanu.** (Dermat. Zeit. str. 1050, 1911). Przypadki zatoru naczynia zdala od miejsca wstrzykiwania salwarsanu zdarzały się dotychczas bardzo rzadko. Przypadek, opisany przez C., zdarzył się u chorej, u której w cztery dni po zupełnie prawidłowo wykonanem wlewaniu w żyłę łokciową, wystąpił bolesny guz zapalny po stronie wewnętrznej uda prawego, który w dwunastym dniu doszedł wielkości dłoni i musiał być chirurgicznie leczony. Wydobyta miazga ropiasta, badana co do kwasu arsenowego, zawierała jego ślady, szczepienia zaś na agarze, żelatynie, bulionie i surowicy dały wynik zupełnie ujemny.

Autor sądzi, że w danym przypadku salwarsan zadziałał na ścianę naczynia w miejscu może mniejszej odporności i utworzył zator, a następnie jałowy ropień.

W. L. Weber.

Strandberg. **Zapalenie stawów pochodzenia wiewiórowego.** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 107). Statystyka St., opierająca się na przeszło stu przypadkach zapalenia stawów, wywołanego przez dwoinki Neissera, wykazuje, iż u $^{2}/_{3}$ chorych nie jeden, ale dwa i więcej stawów było dotkniętych sprawą zapalną. U mężczyzn ulegał schorzeniu przeważnie staw kolanowy, u kobiet nadgarstkowy.

H. L. Weber.

Birger. **O wiewiórze u kobiet.** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 106). Ciekawą, smutną, a jednak prawdziwą staty

stykę, opartą na około 600 przypadkach, leczonych jedynie miejscowo z powodu zakażenia dwoinkami Neissera, podaje B. ze szpitala chorób wenerycznych w Stockholmie. Czas trwania choroby (w 58% wiewiór rzyci) aż do rzekomego wyleczenia wynosił średnio około 80 dni, a mimo sumiennego leczenia, trwającego u niektórych chorych nawet do roku, 50% tych kobiet musiało być ze szpitala wypuszczonych niewyleczonych. Z pozostałych chorych, które jako wyleczone szpital opuściły, zgłosiło się z nawrotami choroby przeszło 30%. Nie zgłosiło się 20% chorych — czy chociażby ta mała cząstka została wyleczona?

H. L. Weber.

Rosenthal. **O zakładach opiekujących się dziećmi dotkniętemi kiłą wrodzoną.** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 107). W zakładzie, który za staraniem autora powstał pod Berlinem, a w którym dzieci kiłowe leczy się według wskazówek Welandera, z 20 leczonych udało się utrzymać przy życiu wszystkie, gdy jak statystyki wykazują, umierało ich bez takiego leczenia dotychczas zawsze około 34%. Autor sądzi, że przykład i osiągnięte wyniki zachęcą do budowania odpowiednich zakładów i po innych większych miastach. Autor podaje dokładny opis zakładu.

H. L. Weber.

Holland. **Kiła u tatuowanych** (Archiv. f. Derm. u. S., t. 110). Autor przytacza 4 historye chorób świeżo przez siebie spostrzeganych przypadków, a opierając się również na licznych dawniej spostrzeganych, skłania się do teoryi Dohiego, który pierwszy zwrócił na to uwagę, iż zmiany kiłowe omijają miejsca tatuowane cynobrem (działanie rtęci), a występują w miejscach barwionych tuszem (działanie drażniące). H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 31 stycznia 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 102.

1) Kol. prof. Rosner omawia przypadek **wycięcia śledziony** u położnicy w piątym dniu po porodzie. Śledziona leżała nad prawem więzadłem Pouparta i wywoływała napady zadrażnienia otrzewnej. Badanie krwi po operacyi wykazało znaczną ilość limfocytów, która w 2 tygodnie po operacyi doszła do 50% (małych 41%, dużych 9%). Sledziona zrośnięta była silnie z otoczeniem, głównie z wyrostkiem robaczkowym, który usunięto. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Nawiązując do tego przypadku, kol. prof. Gliński zaznacza, iż wycięty przez prof. Rosnera guz przy badaniu mikroskopowem, jak świadczy przedstawiony preparat mikroskopowy, okazał się śledzioną, której miąższ tylko miejscami jest jeszcze dobrze zachowany, przeważnie zaś uległ martwicy, przyczem w częściach obwodowych zauważa się już dość znaczny rozrost tkanki łącznej; ta ostatnia okoliczność przemawia za tem, iż skręt szypuły przemieszczonej śledziony i powstała stąd (z powodu zaciśnięcia przy skręceniu-światła tętnicy śledzionowej) rozległa jej martwica nastąpić musiały już przed pewnym czasem. Jednocześnie przedstawia prof. Gliński drugi analogiczny okaz ze zbiorów muzealnych zakładu anatomii patologicznej; w tym przypadku przemieszczona ku dołowi śledziona znalazła się na talerzu biodrowym lewym i uległa znacznemu — widocznemu na okazie — skrętowi szypuły bez następowej jednak martwicy śledziony; w tym przypadku zwraca również uwagę bardzo znaczne wydłużenie i wężykowaty przebieg tętnicy śledzionowej. (Streszczenie własne).

2) Prof. Dr Jaworski przedstawia przypadek **odwrotnego ułożenia trzew.**

4) Dr Latkowski przedstawia **elektrokardyogram** uzyskany u chorej G. (**dextrocardia vera**).

Nie sam skurcz odbija się w elektrokardyogramie, lecz przebieg fali elektrycznej ujemnej, która polega na wyrównywaniu się potencyałów podczas skurczu serca. Zjawisko elektryczne poprzedza nieco skurcz mięśnia i jest w związku ściślejszym z przebiegiem podrażnienia mięśnia. A zatem zapomocą elektrokardyografii można uzyskać obraz przebiegu skurczu całego serca, t. j. tak przedsionka, jak i komory i drogi, którą on przebiega, i to u człowieka żywego bez otwierania klatki piersiowej w sposób bardzo wygodny W różnych stanach patologicznych elektrokardyogram zmienia się zależnie od zmiany w sercu. Przy tak zwanych skurczach przedwczesnych czyli ekstrasystoliach mamy nieprawidłowe elektrokardyogramy, zależne od nieprawidłowego skurczu serca, co przemawia za heterotopicznem ich powstawaniem i, jak chcą niektórzy, za nieprawidłową drogą ich przebiegu. Przy uszkodzeniach lewego pęczka Tawary mamy również nietypowy elektrokardyogram, udowodniony doświadczalnie przez Eppingera i Rothbergera, a spostrzegany w klinice przez Eppingera, Störka i Wyssa. — Również zmienia się postać krzywej elektrokardyograficznej zależnie od zmian skurczu serca przy dyssocyacyi komór i przedsionków, zmienia się przy tętnie naprzemiennem (pulsus alternans), zmienia się przy stałej niemiarowości (arythmia perpetua).

W niniejszym przypadku mamy tak, jak i w innych przypadkach odwrotnego położenia serca (dextrocardia vera), opisanych przez Nicolaia i Hockego, zupełnie odwrócony elektrokardyogram. Wszystkie fale, t. j. P, T, R, są odwrócone, co się w żadnym innym przypadku nie zdarza, jak tylko przy odwrotnem ułożeniu trzew. Taki więc elektrokardyogram jest dla odwrotnego położenia serca charakterystyczny i zależy od odwrotnego przebiegu podrażnienia wskutek odwrotnego ułożenia włókien w mięśniu sercowym. Już Waller zauważył większą różnicę potencyałów po stronie prawej, ale dopiero metodą elektrokardyograficzną ta różnica dała się uwidocznić.

Czyli krzywa elektrokardyograficzna wykazuje, że w odwrotnem ułożeniu serca (dextrocardia vera) nie mamy do czynienia z prostem odwróceniem serca, lecz ze zmienioną jego budową, a mianowicie także przebieg włókien mięsnych w sercu jest odwrotny w stosunku do prawidłowego i w takiem sercu podrażnienie nie przebiega z prawej strony ku lewej, lecz z lewej ku prawej. Tak więc metoda elektrokardyograficzna daje nam sposobność wyjaśnić istotę tego stanu. Gran i Hoffmann twierdzą, iż zmiana położenia serca ma wpływ na elektrokardyogram niewątpliwie, ale w ich doświadczeniach elektrokardyogram zmieniał się dlatego, że zmieniało się położenie serca względem elektrod, a Gran przesuwał te elektrody dowolnie. W żadnym jednak przypadku nie uzyskał odwrócenia zupełnego elektrokardyogramu. — Elektrokardyogramy odwrotnie ułożonego serca (dextrocardia vera) podali dotąd Nicolai i Hocke, tak, że niniejszy przypadek jest trzecim z rzędu w literaturze. (Streszczenie własne).

W dyskusyi podnosi kol. H. Hirsch, że ludzie tacy, jakkolwiek zdrowi, nie bywają przyjmowani przez Towarzystwa asekuracyjne. — Gliński zauważa, że przypadki takie mogą niejednokrotnie mieć bardzo ważne znaczenie praktyczne z tego powodu, że taki odwrotny układ wnętrzności łączy się pospolicie z odwrotnem rozmieszczeniem ośrodków asymetrycznych czynności mózgu, co w razie potrzeby wykonania zabiegu operacyjnego na mózgu może przy niedokładnem badaniu dać powód do operowania po niewłaściwej stronie.

3) Dr Z. Wachtel jun. przedstawia przypadek **gynaecomastia vera.** (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi przemawiają kol. Blassberg i prelegent.

4) Prof. Jaworski wygłosił wykład: **O najnowszych modyfikacyach fizycznego badania chorych** (Rzecz przeznaczona do druku).

5) Dr Z. Wachtel jun. przedstawia **odczyn moczu** u chorych, u których stwierdzono raka.

Sekretarka doroczna: Dr Ada Markowa.

Posiedzenie z dnia 7. lutego 1912 (w klinice chirurgicznej).

Przewodniczący kol. Janiszewski. Obecnych członków 100.

1) W dyskusyi nad odczytem prof. Jaworskiego przemawiali:

Doc. Latkowski podnosi znaczenie metody Goldscheidera, opisanej przez prof. Jaworskiego. Przed Goldscheiderem używali opukiwania słabego Vierordt, Waldenburg, Turban, Rosenbach-Rauchfuss, lecz tylko Ewald używał tego sposobu w tych samych celach, co Goldscheider, t. j. do badania narządów głęboko leżących. Dopiero jednak Goldscheider metodę tę naukowo opracował i dał jej podstawy doświadczalne. Doświadczenia jego są bez zarzutu i wyjaśniają bez żadnej wątpliwości sprawę przenoszenia się fal głosowych przy opukiwaniu. Pod względem praktycznym ta metoda opukiwania na granicy słyszalności odgłosu opukowego jest najłatwiejszą ze wszystkich sposobów opukiwania, nie da się tylko czasem zastosować na osobach bardzo otyłych, i ma tę właściwość, że potrzeba do niej wielkiej ciszy. — Metodę Goldscheidera potwierdzają doświadczenia i innych autorów, szczególnie Röhla i Moritza, przyjęli ją zaś najlepsi klinicyści niemieccy, n. p. Krehl. Wedle doświadczenia osobistego, uważa Latkowski metodę tę za bardzo dobrą na podstawie rentgenograficznej kontroli tak przy opukiwaniu serca, jak i szczytów płuc.

Prof. Lewkowicz podnosi, że pedyatrzy od dawna stosują opukiwanie bardzo słabe i opukują palcem na palcu. Tłumaczy się to szczególnymi warunkami u dziecka, mianowicie cienkością i elastycznością ścian klatki piersiowej. Co do zarzutów, czynionych stetoskopowi dwuusznemu, to te w znacznej części są nieusprawiedliwione; od szmerów ubocznych uczymy się szybko abstrahować. W każdym razie stetoskop dwuuszny ma dla lekarza dzieci tak wielkie zalety, że wady jego schodzą na dalszy plan. W klinice pedyatrycznej krakowskiej stetoskop ten szybko się przyjął i rozpowszechnił.

2) Prof. Kader wygłosił wykład: **O nowych sposobach znieczulania ogólnego**. Wspomniawszy pokrótce o metodach znieczulania inhalacyjnego w ich nowych udoskonalonych odmianach, przechodzi prelegent do metod wśródżylnego wprowadzania środków usypiających: eteru siarczanego (Burckhardt) i hedonalu (Krawkow-i Fiodorow). K. ma doświadczenie własne tylko z hedonalem. Pomimo pomyślnych wyników innych autorów, K. przystąpił do stosowania tej metody u ludzi dopiero po dokonaniu częściowo w klinice, częściowo w zakładzie fizyologii (prof. Cybulskiego) szeregu doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia te przeprowadził Dr Saidmann przy udziale asystentów zakładu fizyologii pp. Dra Eigera i inż. Borkowskiego. Wykazały one, że 0·75% rozczyn hedonalu w 0,75% rozczynie NaCl, podawany przy ciepłocie ciała z szybkością 60—80 cm^3 na minutę, wywołuje spokojny, głęboki sen, zbliżony do snu naturalnego z jednoczesnem zniesieniem odruchów i znieczuleniem ogólnem. Wprowadzany rozczyn nie wywołuje żadnych zmian we krwi, nie daje hemolizy, ani aglutynacyi, nie ma wpływu na ciśnienie krwi, nie wywiera wpływu ujemnego na mięsień sercowy (elektrokardyografia), przeciwnie działa raczej jako »analepticum«, nie poraża przewodnictwa nerwów, jest obojętny dla narządów miąższowych —, daje tylko sen i znieczulenie na drodze powinowactwa z tkanką nerwową ośrodków korowych. Dawka trująca o wiele jest wyższa od dawki usypiającej. K. zastosował ten sposób znieczulania 17 razy u chorych i jest z niego dotychczas zadowolony. Wiek operowanych wahał się między 9 i 65 r. ż. ilość zużytego rozczynu hedonalu od 870 do 2050 cm^3 (hedonalu samego od 6,5 do 15,4 grm.).

Uśpienie występowało pomiędzy 9 a 79 minutami (to ostatnie przy błędach w technice i konieczności ponownego wprowadzania kaniuli do żyły). Oddech i tętno, stale kontrolowane podczas znieczulenia, poza pewnem przyspieszeniem, zmian nie wykazały. Po doprowadzeniu chorego do uśpienia i znieczulenia i rozpoczęciu operacyi, trzeba w pewnych odstępach czasu dodawać na nowo po 100—200 cm^3 kilka razy, poczem występuje już sen stały, w którym chory pozostaje przez 6—8 godzin. W przerwach pomiędzy wlewaniami hedonalu wlewa się fizyologiczny rozczyn NaCl przez tę samą kaniulę dla zapobieżenia powstawaniu skrzepów przy jej wylocie. Niedogodną stroną metody jest jej kłopotliwość. Należy mieć zawsze świeżo przygotowany i wyjałowiony rozczyn hedonalu, co trwa dość długo. Następnie trzeba w znieczuleniu infiltracyjnem odszukać żyłę w zgięciu łokciowem (v. mediana cubiti — 8 razy) lub na goleni (v. saphena — 9 razy) i do żyły wprowadzić kaniulę przyrządu, mającego dwa działkowane zbiorniki, jeden na rozczyn hedonalu, drugi na rozczyn soli kuchennej. Wypływ hedonalu musi uprzednio być zapomocą odpowiednich zaciskadeł śrubowych uregulowany na 70—90 cm^3 na minutę, rozczyn soli — na częste krople. K. wprowadza kaniulę do żyły w zasadzie zawsze odśrodkowo, aby przez porwanie prądem krwi mogącego powstać skrzepu nie wywołać zatoru. Przyrząd i kaniula muszą stale być dozorowane przez osobnych funkcyonaryuszy. Poza kłopotliwością ma metoda ta jedną jeszcze niedogodną stronę, mianowicie krwawienie z rany obfitsze, niż przy innych znieczuleniach, a wywołane zwiększoną ilością płynu w naczyniach krwionośnych i w pewnym stopniu obniżoną krzepliwością krwi. Poza tem dotychczas nic się zarzucić nie da. Sen i znieczulenie są doskonałe, niema żadnych ubocznych powikłań, żadnych podnieceń przed uśpieniem, co najwyżej pewien stopień rozczulenia i płaczliwości; napięcia mięśni nie ma. Nawet bardzo osłabieni chorzy znoszą dobrze to znieczulenie i już teraz odnosi K. wrażenie, że znieczuleniu temu można poddawać chorych, dla których wszelkie inne znieczulenie ogólne byłoby niebezpieczne. Wielkie znaczenie ma brak wszelkich dolegliwości po obudzeniu się z uśpienia. W czasie trwania uśpienia twarz chorych ma dobry, spokojny wyraz.

Po wykładzie przystąpił K. do wykonania w obecności zebranych znieczulenia hedonalem na chorej, której po wystąpieniu uśpienia usunął sutek rakowato zmieniony łącznie z gruczołami i mięśniami piersiowymi.

3) Prof. Kader przedstawia:

a) Chorego l. 30, u którego w celu usunięcia kurczowego stanu kończyny górnej na tle **kurczowego porażenia połowiczego** wykonał **operacyę sposobem Förstera**. Po usunięciu łuków kręgów 5. 6. i 7. szyjnego i 1. i 2. piersiowego i nacięciu opony twardej wycięte zostały tylne korzonki nerwów 6. i 8. szyjnego i 1. piersiowego. Wynik dotychczas (2 miesiące od operacyi) bardzo mierny. Stan kurczowy, wprawdzie mniej silny, pozostał. Chory pozostaje w dalszem leczeniu miesieniem i ruchami.

b) Chorego l. 27, u którego powstało **porażenie nerwu kulszowego po zwichnięciu kulszowem uda** (lux. femoris ischiadica) i po odprowadzeniu tego zwichnięcia poza kliniką. Czy zwichnięcie, czy akt odprowadzenia wywołały porażenie — ustalić się nie da. Porażenie trwa od 3 miesięcy. K. dokonał odsłonięcia nerwu aż do for. infrapiriforme, uwolnił go z otaczających zrostów, naciął podłużnie bliznę w nerwie i otoczył nerw błoną z formalinowanego worka przepuklinowego (**neurolysis, tubulisatio**).

c) Chorego l. 20 z bardzo znacznemi **wykrzywieniami wszystkich kończyn** na tle krzywicy. Przez szereg zabiegów — **osteotomii, wydłużania ścięgien**, kończyny dolne chorego wyprostowano i doprowadzono do stanu zbliżonego do prawidłowego.

d) Chorego, l. 32, który klinicznie przedstawiał wszelkie cechy zwężenia bliznowatego odźwiernika na tle wrzodu, zwłaszcza pod względem chemicznych cech treści żołądka. Badanie wykonano kilkakrotne w odstępach dwumiesięcznych podług Gluzińskiego. Laparotomia wykazała guz, nadający się do resekcyi. Resekcyę wykonano z powodzeniem, — a badanie drobnowidowe wykryło **raka galaretowatego** z przerzutami w gruczołach.

e) Chorego l. 32, operowanego z powodu guza w okolicy kątnicy, trwającego od 4 miesięcy. Rozpoznanie kliniczne wahało się między nowotworem a naciekiem zapalnym tej okolicy, powstałym na tle zapalenia wyrostka robaczkowego; myślano nawet o promienicy. Bardzo wybitną była twardość guza, niemal chrząstkowa. Laparotomia wykazała, że guz twardy otaczał wyrostek robaczkowy i nie dał się oddzielić od kątnicy i końcowego odcinka jelita biodrowego. Dokonano wycięcia guza wraz z kątnicą i częścią jelita biodrowego. Badanie guza wykazało, że w środku jego przebiegał zmieniony wyrostek robaczkowy, zawierający źdźbło roślinne; odśrodkowa część wyrostka była rozszerzona do rozmiarów jamy wielkości orzecha laskowego, dośrodkowa zwężona, drożna tylko dla cienkiego zgłębnika. Badanie drobnowidowe nie wykryło ani nowotworu, ani promienicy, ani gruźlicy, a tylko przewlekłe zmiany zapalne. Była to więc ta postać **przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego,** która wywołuje twarde nacieki zapalne w otoczeniu (**appendicitis sclerotisans**).

f) **Wyrostek robaczkowy, usunięty** u chorego **w chwilę po powstaniu przebicia,** ale przed rozwinięciem się objawów ogólnych ze strony otrzewnej. Chory został przez operacyę uratowany.

Oba ostatnie przypadki potwierdzają podnoszoną przez R. od szeregu lat konieczność bezwzględnie doszczętnego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego. Im wcześniejsza operacya, tem lepsze wyniki. Nie posiadamy żadnego innego pewnego leczenia tej choroby i żadnego kryteryum dla oceny rokowania.

4) Doc. Dr Radliński przedstawia:

a) Chorego, lat 20, który przed dwoma tygodniami zgłosił się do kliniki w 12 godzin po otrzymaniu ze zwykłego rewolweru, z odległości paru kroków, **rany postrzałowej w brzuch**. Chory chodzi, odczuwa tylko nieznaczny ból w dole brzucha. Wlot postrzału w linii sutkowej lewej na poziomie pępka; wylotu postrzału nie ma. Pomimo braku objawów zarówno krwotoku zewnętrznego, jak zajęcia otrzewnej, dokonał R. natychmiast laparotomii. Ręka, wprowadzona do jamy brzusznej, natrafiła na kulę, wolno poruszającą się w jamie brzusznej, owiniętą i obrośniętą w lewym dolnym kącie sieci. Na jednej z pętli jelita cienkiego znajduje się stłuczenie z podbiegnięciem krwawem, nie grożącem całości pętli, w okrężnicy zaś zstępującej otwór, zaklejony zmiażdżoną tkanką, gotowy lada chwila do powstania przedziurawienia zupełnego. Otwór ten obszyto w typowy sposób przez wypuklenie, ranę brzuszną zaszyto. Chory ma się zupełnie dobrze, rana zagojona. Bez laparotomii przypadek ten musiałby się skończyć zapaleniem otrzewnej z przebicia z chwilą oddzielenia się martwego czopa tkankowego, zamykającego na razie otwór w jelicie. W warunkach dobrze urządzonego zakładu chirurgicznego laparotomia próbna dla przekonania się o stanie rzeczy jest dla chorego mniej niebezpieczna, niż wyczekiwanie z otwarciem jamy brzusznej, aż wystąpią objawy zapalne ze strony otrzewnej wskutek przebicia któregoś z narządów.

b) Chorą, l. 57, u której w znieczuleniu hedonalowem na drodze bocznej faryngotomii z resekcyą gałęzi żuchwy, wyciął prelegent dużego **mięsaka limfatycznego** (lymphosarcoma) **migdałka** lewego, przechodzącego ku podniebieniu, nozdrzom tylnym i podstawie czaszki. Tracheotomii uprzedniej nie robiono, zapobiegając zaciekaniu krwi do dróg oddechowych przez nizkie ułożenie głowy. Dla dostępu musiano zabrać tylną połowę podniebienia twardego i całe miękkie. Guz udało się usunąć w granicach tkanek zdrowych. Chora zniosła zabieg bardzo dobrze. Obecnie oddycha i połyka prawidłowo i jest na drodze do wyzdrowienia. Znaczny rozrost guza i jego złośliwość zmuszają do oględności w ostatecznem rokowaniu. (Streszczenie własne).

5. Prof. Bujwid przedstawia wyleczony **przypadek tężca,** który nasuwał trudności rozpoznawcze.

Zastępca sekretarza doroczn. Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 22. XI. 1911.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. Goldberg przedstawił kobietę, u której dokonał **cholecystostomii** i usunął wielką liczbę kamyczków żółciowych (175).

2). Kol. M. Silberstrom wygłosił odczyt: **O anafilaksyi, jej stosunku do odporności i znaczeniu w patologii.** Zjawisko anafilaksyi zawdzięcza swoje odkrycie i wystudyowanie nowoczesnej nauce o odporności, która się wyłoniła z niezliczonych doświadczeń na zwierzętach. Klasyczny obraz anafilaksyi daje świnka morska, której wstrzyknięto surowicę końską. Obserwacya ta wzięła początek od metody miarowania surowicy przeciwbłoniczej i została zestawiona przez Otto z dawniejszemi podobnemi obserwacyami Buchnera i Behringa, w pierwszym zaś rzędzie z doświadczeniami Richeta, który jest właściwym odkrywcą anafilaksyi. Dalsze etapy w rozwoju nauki o anafilaksyi stanowią prace Arthusa nad anafilaksyą u królików i prawie jednoczesne prace Pirqueta i Schicka nad chorobą posurowiczą u człowieka. Prelegent zatrzymuje się nad sprawą tożsamości zjawiska anafilaksyi u różnych gatunków zwierzęcych i u człowieka, następnie nad zjawiskiem anafilaksyi biernej i przechodzi do rozpatrzenia teoryi anafilaksyi, omawia teoryę trawienia parenteralnego i wylicza część spostrzeżeń co do działania na ustrój peptonów, wprowadzonych do krążenia krwi. W dalszym ciągu przechodzi prelegent do teoryi amboceptorowej, którą poprzedza krótkim wstępem o roli amboceptorów i komplementu w ustroju, jednocześnie do sprawy tożsamości precypityn i ciał anafilaktycznych i wreszcie do odkrycia anafilatoksyny przez Friedbergera. Od anafilatoksyny bakteryjnej, przechodzi prelegent do teoryi Friedbergera o stosunku anafilaksyi do odporności i do chorób zakaźnych, które ten autor uważa za rozmaite postacie zatrucia anafilatoksyną, do poglądu, że gorączka jest również odczynem anafilaktycznym i następnie do krytyki tych poglądów, wychodzących z innego obozu badaczy.

W drugiej części odczytu rozpatruje prelegent szczegółowo postacie chorobowe, które się zbliżają do typu anafilaksyi, a mianowicie: choroby wysypkowe ostre (przyczem podaje teorye Pirqueta i Moro o pochodzeniu wysypek), dalej dur brzuszny, oraz nawrót durowy, zapalenie płuc włóknikowe, objawy wakcynacyi i rewakcynacyi i t. d., rozpatruje stosunek nadwrażliwości ustroju gruźliczego na tuberkulinę do anafilaksyi, opisuje gorączkę sienną, jako objaw zatrucia białkiem roślinnem i wreszcie zjawiska anafilaktyczne ze strony dróg oddechowych, oraz t. zw. »asthma anaphylacticum« w związku z idyosynkrazyą na substancye białkowe pochodzenia zwierzęcego i roślinnego. W końcu

wypowiada prelegent własny pogląd o pochodzeniu anafilaktycznem choroby skórnej »prurigo infantilis«, która jego zdaniem bierze początek od szczepienia dzieci krowianką, wywołującego uczulenie ustroju surowicą krowią i zostaje podtrzymywana obfitem karmieniem dzieci mlekiem krowiem po odstawieniu od piersi. Część białka krowiego z mleka, dostając się niezmieniona do obiegu krwi, powoduje ciągłe ponowne zatrucia ustroju, których wyrazem jest wysypka pokrzywkowa. Prelegent zachęca pedyatrów i dermatologów do ścisłych obserwacyi w tym kierunku. (Streszczenie własne).

Towarzystwo lekarskie radomskie.

77. Ogólne Zebranie 16 grudnia 1911 r.

Obecnych 21 członków.

1) Przed porządkiem dziennym kol. Kosicki przedstawia chorego po operacyi skutkiem **wgłobienia kątniczo-okrężniczego.**

2) Kol. Cung przedstawia chorego na **drżączkę poraźną.**

3) Na przewodniczącego Zebrania wybrany został kol. Fidler.

4) Kol. Sekretarz odczytuje protokół poprzedniego Zebrania, który przyjęto.

5) Kol. Przewodniczący odczytuje list egzekutorów testamentu ś. p. Adeli Hr. Ożarowskiej z dnia 4. grudnia 1911 r. z prośbą o wskazanie lekarza, do któregoby mogli się zwrócić z prośbą o należenie do gremium Zarządu mającego powstać Szpitala dziecięcego w Radomiu, poczem kol. Przewodniczący otwiera dyskusyę.

Kol. Szczepaniak proponuje, by prezes Towarzystwa, ktokolwiek nim będzie, stale należał do gremium Zarządu, jako przedstawiciel naszego Towarzystwa.

Po dłuższej dyskusyi przyjęto, że należy wybrać jednego z grona członków Towarzystwa, pod tymi jednak warunkami: 1) że wybrany ściśle będzie się stosował do dyrektywy naszego Towarzystwa, 2) że w sprawach drobnych będzie miał swobodę działać według swego uznania, 3) że w sprawach ważnych, spornych, winien się zwracać do Towarzystwa o opinię.

Kol. Przewodniczący proponuje przystąpić do wyborów na członka Zarządu mającego powstać Szpitala dziecięcego. Wybrany został większością głosów kol. Franciszek Kosicki, który wybór ten przyjmuje.

6) Kol. Przewodniczący odczytuje list egzekutorów testamentu z dnia 6. grudnia b. r., że placu przy szosie Kozienieckiej, zajętego przez wojsko, a należącego do Ministeryum dóbr Państwa, nie będzie można stanowczo nabyć, wobec czego proszą o wskazanie innego placu. Kol. Przewodniczący wobec tego wskazuje jako odpowiedni plac przy szosie lubelskiej naprzeciwko placu p. Wickenhagena, co przyjęto do wiadomości.

7) Kol. Przewodniczący zapytuje zebranych, czy zgadzają się na urządzenie wspólnego Zebrania adwokatów i lekarzy w celu wspólnej dyskusyi nad zagadnieniami sądowo-lekarskiemi. Zebrani zgadzają się na urządzenie tego Zebrania w lutym lub marcu 1912 roku.

8) Kol. Przewodniczący zapytuje się, czy zebrani zgadzają się na urządzenie Zebrania w styczniu 1912 r. w sprawie zamierzonej budowy Szpitala dziecięcego i zaproszenie kolegów Bączkiewicza i Brudzińskiego z Warszawy, Prezydenta i Radnych m. Radomia, oraz Inżyniera miasta i Redaktora miejscowej »Gazety Radomskiej«. Zebrani zgadzają się.

Kol. Przewodniczący daje głos kolegom Przyłęckiemu i Kelles-Krauzowi, którzy zdają sprawę z delegacyi, odbytej w celu zwiedzenia Szpitala Szlenkierów w Warszawie.

Kol. Przewodniczący daje głos kol. Kossakowi i p. Dorocińskiemu, którzy odczytują sprawozdanie z delegacyi, odbytej celem zwiedzenia Szpitala Anny Maryi w Łodzi.

Kol. Przewodniczący daje głos kol. Kelles-Krauzowi, który odczytuje sprawozdanie z delegacyi celem zwiedzenia szpitala Vetterów w Lublinie.

Kol. Przewodniczący dziękuje p. Dorocińskiemu, kolegom Przyłęckiemu, Kossakowi i Kelles-Krauzowi za przywiezienie obfitego materyału.

Członek Zarządu Sekretarz T. Rakowski.

W sprawie projektowanych zakładów sanitarnych w Krakowie.

(Dokończenie).

»Miejska pracownia bakteryologiczna ma służyć do kontrolowania czystości wody wodociągowej, używanej do picia w mieście, dalej ma badać studnie w gminach przyłączonych, aby można mieć kontrolę nad studniami zanieczyszczonemi, lód ze stawów i rzek przywożony zimą na zapas do miasta, możliwie często niektóre produkty spożywcze, zwłaszcza mleko targowe i w mleczarniach. Jej zadaniem będzie badanie każdego przypadku chorób zakaźnych o niepewnem rozpoznaniu, ozdrowieńców po takich chorobach zakaźnych, jak błonica, dur brzuszny, czerwonka, cholera, badanie t. zw. roznosicieli zarazków, badanie skuteczności odkażania w przyrządach miejskiego zakładu dezynfekcyjnego i odkażania formalinowego w mieście (w mieszkaniach), systematyczne badanie wody wiślanej pod Krakowem, zanieczyszczenia wód kanałowych, kontrola, o ile stosowane sposoby zwalczania kurzu wypełniają swoje zadanie, badanie zanieczyszczenia powietrza w salach szkolnych.

Wykonywanie tych wszystkich badań w istniejących w mieście zakładach uniwersyteckich jest niemożliwe, gdyż zakłady te mają zupełnie inne zadania: naukowoteoretyczne i dydaktyczne.

To też, zdając sobie sprawę z potrzeby pracowni bakteryologicznych, wiele miast w Europie takie pracownie urządziło. Tak np. pracownie bakteryologiczne miejskie wykonały analiz:

	1908	1909	1910	1911 roku
w Szczecinie	2650	2910	4020	?
w Bochum	1829	1768	1146	?
w Duisburgu	357	1575	1949	?
w Krakowie od października			45	602

We wszystkich aptekach krakowskich umieścił miejski Urząd zdrowia odpowiednie naczyńka, służące do pobierania podejrzanego materyału zakaźnego i przesyłania go celem zbadania do miejskiej pracowni bakteryologicznej.

Nowa pracownia została zaprojektowana według wymagań nowoczesnych i z obliczeniem, że jej zapotrzebowanie przez miasto i przez publiczność z roku na rok będzie wzrastać; zwrócono też w planach uwagę na to, że miasto będzie prawdopodobnie rosnąć.

T. zw. pracownia dżumowa składać się ma z przedpokoju, z jednego pokoju do badań, z łazienki, ustępu i małego pomieszczenia dla zwierząt doświadczalnych. Pracownia ta ma służyć do badania dżumy, nosacizny, cholery i wąglika, o ile przypadki tych chorób pojawią się w Krakowie. Żadna z istniejących obecnie w Krakowie pracowni bakteryologicznych nie przedstawia na ten przypadek dostatecznego bezpieczeństwa, również i przyszła miejska pracownia bakteryologiczna nie może sama do tego służyć i musi mieć na to osobny oddział.

Do badań tych szczególnie niebezpiecznych chorób starano się projektowaną pracownię możliwie przygotować. Umieszczono ją w osobnym budynku, aby nikt niepowołany do niej nie wchodził, podczas gdy do pracowni bakteryologicznej miej-

skiej wstęp musi być dozwolony lekarzom, służbie, posłańcom, publiczności interesowanej. Do projektowanej pracowni dżumowej będzie miał wstęp wyłącznie badający dany materyał, będzie on zostawiać swoje ubranie zwykłe w przedpokoju, przywdzieje chałat, obuwie i czapkę płócienną i w tym stroju zajmie się badaniem. Po jego ukończeniu zostawi chałat, obuwie i czapkę płócienną w pracowni, przejdzie do łazienki, wykąpie się, a po wyjściu z niej, ubierze się w swoje zwykłe ubranie. Okna w pracowni, z dużych szyb złożone, nie dadzą się otwierać, będą wmurowane w ścianę, aby uniemożliwić przedostawanie się much i owadów do pracowni lub z pracowni na zewnątrz. Wentylacya ma być elektryczna, otwory wentylacyjne będą gęstą siatką zaopatrzone, a drzwi podwójne. Wykonywanie w tej pracowni teoretycznych badań nad dżumą jest zupełnie wykluczone.

Dom dla służby zakładów sanitarnych. Zaprojektowano w jednym domu 2-piątrowym 18 mieszkań, złożonych z 1—2 pokoi z kuchnią, łazienką, spiżarką, klozetem, strychem i ogródkiem dla każdego mieszkania. Obecnie wynosi służba zakładu dezynfekcyjnego z woźnicami i maszynistą 10 osób. Ilość ta jest stanowczo za mała i powinna już teraz wynosić przynajmniej o 3 osoby więcej (2 dezynfekcyonaryuszy i 1 woźnicę). Do tego przybędą 1 służący dla pracowni bakteryologicznej, 1 pomocnik maszynisty i 1 stróż dla całego kompleksu budynków. Będzie więc 16 osób. W razie przyłączenia Podgórza musi być liczba służby dezynfekcyjnej znowu zwiększona, mogą prócz tego zajść inne konieczności powiększenia ilości służby tak, że obawiać się należy, iż 18 mieszkań będzie za mało już za kilka lat. Ale wzgląd na szczupłe fundusze gminy nie pozwolił więcej projektować.

Postawienie domu dla służby w sąsiedztwie zakładu dezynfekcyjnego zaoszczędzi jej bardzo wiele czasu, który teraz traci na dwukrotną dziennie wędrówkę do zakładu i do domu, ułatwi jej znacznie tę służbę i umożliwi przez to przestrzeganie ścisłe regulaminu«.

Elaborat Dra Janiszewskiego i Doc. Nitscha kończy się krótkiem zestawieniem przeprowadzonych dotąd przez miejski Urząd zdrowia w Krakowie reform sanitarnych i treściwym wywodem o rzeczywistej rentowności wydatków na cele zdrowotne w gospodarstwie społecznem.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wybory do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej rozpisało Namiestnictwo (reskr. z 2. II. 1912 L. VII, a. 2560/1) na 28. lutego b. r. Niektóre starostwa, jak się dowiadujemy, oznaczyły wcześniejszy termin składania kart wyborczych; byłoby to nieprawidłowe i niezgodne z rozporządzeniem Namiestnictwa. W sprawie wyborów zwołał Krajowy Związek lekarzy wiec lekarzy krakowskich w d. 21. II. b. m. W głosowaniu próbnem na wiecu otrzymali największą ilość głosów proponowani na członków Izby: Dr Ciechanowski, Damski, Schoengut, Stahr, a na zastępców Dr Murczyński, Wachtel Z. senior, Weinsberg, Żydłowicz.

— Prof. Dr Browicz, prof. Dr Cybulski, prof. Dr Ciechanowski i prof. Dr W. Jaworski zostali mianowani członkami honorowymi, a Dr Janiszewski członkiem zakrajowym »Spolku ceskych lekaru« w Pradze.

— Prof. Dr Wrzosek został mianowany członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego w Wilnie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. II. do 17. II, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 4 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 15, płonicy 6 † 2 (2 † 1), odry 4, duru brzusznego 5 † 1 (4 † —), zapalenia opon 1 (1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. W dniu 8. b. m. odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, na którem m. i. p. J. Tur przedstawił mikrofotogramy i rysunki, ilustrujące nowy typ potworności »kardiocefalii«, a p. Erazm Majewski — »Zagadnienia życia organicznego«.

Łódź. Ponieważ na razie miasto nie posiada funduszów, aby można było przystąpić do budowy szpitala ogólnego, postanowiono najpierw wznieść szpital dla chorych na choroby zakaźne, obliczony na 200 łóżek. Wzniesionych ma być 12—13 pawilonów, między innemi pawilon dla chorych, znajdujących się pod obserwacyą, oraz pawilon izolacyjny. Projektowany szpital ma być wzniesiony albo w końcu szosy Karolewskiej, albo przy szosie Konstantynowskiej, w pobliżu lasu.

— Zarząd Towarzystwa »Liga przeciwgruźlicza« otrzymał pozwolenie gubernatora na urządzenie w Łodzi 22 odczytów na ogólny temat »Gruźlica i walka z nią«. Odczyty te będą wygłaszane przez lekarzy w różnych dzielnicach miasta.

Choroby zakaźne w Łodzi. W szpitalu zakaźnym znajdowało się w d. 1. I. 1912 chorych na ospę 27, płonicę 6, różę 1. Od 1. I. do 19. II. 1912 przybyło przypadków: ospy 44 († 6), płonicy 2, duru osutkowego 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Świeżo zamknięty Sejm uchwalił, przyjmując prowizoryum budżetowe, m. i. następujące subwencye w dziale spraw zdrowotnych: Szpitale SS. Miłosierdzia w Czerwonogrodzie, Rozdole, Bursztynie, Przeworsku, Nowosiółkach i Maryampolu 5400 kor., Szpitalik św. Zofii we Lwowie na utrzymanie kolonii leczniczej w Iwoniczu 1600 kor., Szpital komisyi klimatycznej w Zakopanem 600 kor., OO. Bonifratrzy w Krakowie 2500 kor., Zakład św. Józefa we Lwowie 2000 kor., Szpital izraelicki we Lwowie 4000 kor., Lecznica powszechna we Lwowie 2500 kor., Narodna licznycia we Lwowie 2000 kor., Kolonie lecznicze w Rymanowie 1000 kor., Kolonia lecznicza w Rabce 600 kor., Towarzystwo leczniczych kolonii dla dzieci izraelickich w Krakowie 500 kor., Towarzystwa ratunkowe we Lwowie i w Krakowie po 600 kor., Tatrzańskie ochotnicze Pogotowie ratunkowe 600 kor., Szpital dla matołków w Iwoniczu 3000 kor., Na koszta leczenia matołków w powiecie Nowotarskim i w zakładzie ks. Podgórskiego w Iwoniczu 1250 kor., Radzie wyznaniowej izraelickiej w Krakowie na utrzymanie chorych 2000 kor. Szpitale izraelickie w Samborze i Tarnopolu po 600 kor., Braci Miłosierdzia w Zebrzydowicach 600 kor., Dom zdrowia Bratniej pomocy w Zakopanem 1000 kor. i na budowę domu przez 10 lat po 2500 kor. rocznie, Towarzystwo zdrowia dla piersiowo chorej młodzieży żydowskiej we Lwowie 200 kor., Stowarzyszenie dla zwalczania gruźlicy we Lwowie 3000 kor., Dom zdrowia nauczycielstwa polskiego w Zakopanem 500 kor., Kolonia lecznicza dla dzieci w Krynicy 500 kor., Stowarzyszenie PP. Ekonomek w Krakowie na utrzymanie szkoły zawodowych pielęgniarek 1000 kor.

— W 50-letnim jubileuszu Towarzystwa psychiatrycznego w Petersburgu uczestniczyli jako delegaci »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu« profesorowie Zaleski, Ziemacki i Czeczott, z których pierwszy w przemówieniu swojem podkreślił zasługi polskich psychiatrów, Balińskiego i Mierzejewskiego, dla rozwoju psychiatryi w Rosyi.

— Austryackie ministerstwo handlu zezwoliło na próbę przesyłać przedmioty do badania bakteryologicznego pocztą listową (jako przesyłki polecone). Przedmioty takie muszą być poczwórnie opakowane (silne naczyńko szklanne ze szklannym korkiem, puszka metalowa, futerał drewniany, papier), opatrzone napisem »Próbka bakteryologiczna; ostrożnie!«, a mogą być nadawane przy każdem, w danej porze dnia otwartem okienku urzędów pocztowych, ewentualnie wrzucane do puszek listowych.

Przesyłki materyału, podejrzanego co do cholery lub moru, mają być nadawane »express« z dopiskiem »doręczyć także w nocy«; o wysłaniu takiego materyału ma być odpowiedni zakład uprzedzony telegraficznie. W starostwach ma się zawsze znajdować zapas puszek do przesyłki, a apteki będą wezwane do utrzymywania ich na składzie. (Rozporządzenie ministra spraw wewn. z 23. stycznia 1912. L. 8590/s ex 1911).

— Komitet austryacki dla międzynarodowych Zjazdów przeciwgruźliczych prosi nas o zaznaczenie, że VII Zjazd międzynarodowy odbędzie się stanowczo w Rzymie (Via in Lucina 36). Zgłoszenia wykładów przyjmuje także Biuro komitetu austryackiego (Oesterreichisches Komitée zur Vorbereitung internationaler Tuberkulosekonferenzen und Kongresse, Wien I. Wallfischgasse 8).

— Dla ilustracyi, jakie przetwory puszczane bywają z szumną reklamą w handel, przytaczamy kilka najciekawszych: Przeciwko tryprowi zalecają reklamy środek »energon« »leczący na pewno trypra«, a składający się z benzolu, oliwy, kreozotu i tanniny. Upławy ma leczyć »na pewno« »dianol« Dr Schäffera, który składa się z sody, ałunu i barwnika! »Jedynym środkiem przeciwko migrenie« ma być »lecimorol«, kosztujący 3 marki, a zawierający... tran i 7% lecytyny. »Natychmiast zapobiega moczeniu nocnemu« »enoctura«; są to czekoladowe pastylki zawierające kaolinę i jakiś wyciąg roślinny z żelazem. »Prawdziwy szwajcarski balsam na wole« (skutek »gwarantowany« w 5 dni!), jest to maść złożona z tłuszczu, mydła, jodku potasu i olejku gaulteryanowego. Przeciwko dychawicy reklamują »krople Linda«; jest to 5% rozczyn olejku terpentynowego w spirytusie! Kamień zębowy rozpuszcza dokładnie i szybko »blancodont«. Jest to ni mniej, ni więcej, tylko 4% kwas solny. X.

Mianowani: okulista Prof. Krückmann z Królewca profesorem w Berlinie, ginekolog Prof. Walthard z Frankfurtu profesorem w Giessen.

Zmarli: zoolog Prof. Hansen, odkrywca prątka trądu, w Bergen; ginekolog Prof. Ehlers w Brunszwiku, internista Prof. emer. Stofella d'Alta Rupe w Wiedniu.

Redakcya otrzymała. Dukalski: Rozwój zaufania do medycyny w ciągu ostatnich lat 20 u ludu w zach. części gub. kaliskiej. »Zdrowie« 1912. — Gluziński: 1) Dalsze spostrzeżenia nad moją metodą rozpoznawania charakteru cieśni odźwiernikowej względnie przechodzenia wrzodu okrągłego żołądka w raka. Odb. z »Księgi pam. Uniw. lwowsk.« 1912. 2) Ostéoarthropathie hypertrophiante Mariego. Kraków 1911. 3) Die schweren Formen der Anämie im Zusammenhange mit der Tuberkulose etc. »Beiträge zur Klinik der Tuberkulose«. — Blassberg: Cukrzyca a uraz. »Nowiny lek.« 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. lutego 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr Jekelsa: O psychoanalizie Freuda.

Po posiedzeniu odbędzie się **wieczerza koleżeńska.**







Rok LI. Kraków, dnia 2. marca 1912. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu lwowskiego.
(Dyrektor: radca dworu Prof. L. Rydygier).

Przetoka płucna i oskrzelowa jako zastępcze drogi oddechowe.

Przyczynek doświadczalny

podał

Adam Majewski.

(Lublin—Lwów).

Od czasu wprowadzenia do chirurgii dla operacyi w jamach klatki piersiowej przyrządów o zróżniczkowanem ciśnieniu, została chirurgia płuc, z wyjątkiem niektórych spraw ropnych, prawie zmonopolizowana przez kliniki i instytucye, rozporządzające przyrządami o zróżniczkowanem ciśnieniu. Tem się pewnie tłómaczy zastój w ostatnich latach w pracach z dziedziny chirurgii płuc w piśmiennictwie polskiem.

Jest jednak dział chirurgii płucnej, nie nadający się do leczenia wyłącznie w centrach chirurgicznych. To chirurgia nagła, »chirurgie d'urgence«; do niej między innemi należą przypadki duszności przy głęboko położonych przeszkodach dla oddechu.

U chorych z nienadającymi się do operacyi guzami śródpiersia, z tętniakami tętnicy głównej, twardzielą krtani, skłonną do szerzenia się ku dołowi, bliznami itd., przychodzi nieraz okres, gdzie chory się dusi, a gdzie rozcięcie tchawicy nawet przy użyciu kaniuli Königa lub podobnej nie pomaga, a nawet szkodzi, gdyż wywołuje zapalenie tchawicy, przez co powiększa obrzęk, a więc i duszność.

W przypadkach takich jedynie racyonalne byłoby otworzenie dostępu do powietrza poniżej przeszkody, a więc założenie przetoki płucnej lub oskrzelowej (pneumostomia lub bronchostomia).

Możliwość tego potwierdzają przypadki, gdzie chorzy z przetoką płucną, powstałą przypadkowo po operacyi lub samoistnie, oddychają przy zatkaniu nosa i ust przez przetokę bez szkody dla ustroju (Gluck [1], Küttner [2]).

Jeszcze jaskrawszym dowodem jest klasyczne doświadczenie Dubois Reymonda [3]). Kaczka z odciętą kończyną i podwiązaną krtanią oddychała przez przekrój przeciętej kości przez worki płucne tej kości, komunikujące z płucem.

Operacyą przetoki oddechowej powinna być, ze względu na nagłość operacyjną i zwykłe tu osłabienie chorego, szybko wykonalna i technicznie prosta.

Gluck [4]), uzasadniwszy w 1900 r., a potem w 1907 r. tak nazwany przez siebie objaw oddychania od tyłu (Phenomen der retrograden Athmung), zaproponował drogę operacyjną przez czasowe wycięcie 4., 5., 6. i 7. żebra z tyłu przy kręgosłupie (Türflügelschnitt) i zewnątrzopłucne lub w razie konieczności przezopłucne (transpleurale) dojście do głównego oskrzela w odległości 1—2 cm od podziału tchawicy. Metoda ta jednak ze względu na głębokie położenie oskrzela (7 cm od powierzchni żebra), łatwość uszkodzenia wielkich naczyń i przechodzenie przez śródpiersie lub opłucną, jako sposób zakładania przetoki oddechowej, nie jest dobra.

Zamiast niej Küttner [5]) zaproponował zużytkowanie na przetokę oddechową głównego oskrzela jednego z płatów płucnych. Dostęp toruje sobie Küttner od przodu przez opłucnę. W jednym przypadku metodę swą zastosował na człowieku.

U mężczyzny 47-letniego z tętniakiem tętnicy głównej, uciskającym na główne oskrzele, dokonał on w uśpieniu skopolamino-morfinowo-eterowem pod wzmożonem ciśnieniem cięciem powłok płatowem z podstawą do przodu, podokostnego wycięcia 3. i 4. prawego żebra w linii pachowej przedniej. Po otwarciu opłucnej wyosobnił w górnym płacie płucnym główne oskrzele i po umocowaniu go w ranie, wyciął odpowiednią część płata płucnego i ranę płucną przyszył do rany skórnej. Płuco po zaciśnięciu uciskadłem Doyena częściowo zeszył, pozostawiając w środku rany otwarte oskrzele. Chory operacyę znosił źle; przy końcu operacyi tętno było ledwie macalne; w parę godzin potem przy objawach niedomogi serca zmarł.

Przypadek ten, ważny jako pierwszy tego rodzaju zabieg na człowieku, o wartości metody nie rozstrzyga. Wobec upadku działalności serca i zamierania czynności ustroju już od chwili operacyi, nie mamy dowodu, że oddychanie w ciągu paru godzin przeżycia pooperacyjnego odbywało

[1]) Gluck: Die Entwickelung der Lungenchirurgie. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft der Chirurgie. 36. Kongress. 1907.

[2]) Küttner H.: Druckdifferenz-Operationen. Beitr. zur klin. Chirurgie 60 B. H. 1. i 2.

[3]) Gluck: Ibidem.

[4]) Gluck: Verh. d. deut. Chir. 1907.

[5]) Küttner: Beitr. z. klin. Ch. t. 60. 1908.

się tu przez oskrzele w sposób dla życia dostateczny, tembardziej, że niedrożność tchawicy była względna i że trochę powietrza i tamtędy dostawać się mogło.

Nie znalazłszy w dostępnej mi literaturze rozstrzygnięcia tej sprawy, przystąpiłem w klinice chirurgicznej lwowskiej do prób doświadczalnych w tym kierunku. Prowadziłem je w celu wyjaśnienia: 1) czy operacye te mogą być robione z dobrym wynikiem bez użycia przyrządu o zróżniczkowanem ciśnieniu, co wobec ich nagłości jest nieraz konieczne; 2) czy przetoka płucna lub oskrzelowa przy całkowitem zamknięciu dostępu powietrza od góry wystarcza dla oddechu.

Ogółem zrobiłem (przy współudziale kol. Ostrowskiego) 12 doświadczeń, z nich 10 na psach, 2 na królikach.

Na pół godziny przed operacyą wstrzykiwałem 1% morfinę w dawkach 5,0—10,0 cm^3, zależnie od wagi. Uśpienie stosowałem chloroformowe.

Prócz dwóch pierwszych doświadczeń, gdzie psy leżały na boku, w pozostałych stale nadawałem im, za Elsbergiem[6]), ułożenie na brzuchu. Sposób ten ma tę zaletę, że worek sercowy wagą swą napina śródpiersie, co ma zapobiegać odmie piersiowej.

Cięcie powłok pierwotnie długie, liniowe, zmieniłem następnie na dogodniejsze płatowe z podstawą ku tyłowi i górze.

Żebra wycinałem podokostnie na przestrzeni około 7 ctm^3; zwykle wycinałem jedno; w 2 przypadkach dwa; w jednym ograniczyłem się na torakotomii; w jednym nareszcie zrobiłem cięcie wrotowe (Thürflügelschnitt). Najczęściej wycinałem 5. żebro, rzadziej czwarte; przy 2 żebrach czwarte i piąte lub piąte i szóste. Jeden raz wyciąłem ósme żebro; dało to zły dostęp; płuco trudno było ująć i było ono silnie napięte. Wycinałem żebra stale w części ich przy kręgosłupie.

Operacyę robiłem w sześciu przypadkach po stronie prawej; w sześciu po lewej; różnic wybitnych w zachowaniu się zwierząt po otwarciu prawej lub lewej opłucnej nie dostrzegłem.

Opłucnę otwierałem pierwotnie w międzyżebrzu; po dojściu cięciem do opłucnej, widać przez przeźroczystą opłucnę dokładnie płuco. Ze względu jednak, że opłucna drze się i że ją trudno potem dokładnie obszyć, otwierałem ją w późniejszych doświadczeniach przez okostnę po wyciętem żebrze.

Otwór w opłucnej, po uprzedniem dokładnem zatamowaniu krwawienia z rany, robiłem długości 2—3 ctm.

Bezpośrednio po zrobieniu otworu, zapuszczałem do opłucnej kleszczyki tępe (typu kleszczyków do krwawnic) i po ujęciu płuca wyciągałem je przez otwór na zewnątrz.

Płuco królika jest tak wiotkie, że przy lekkiem pociąganiu urywa się. Króliki przeto stanowią do naszych doświadczeń materyał niepodatny.

Do wyciągania płuca używałem tępego narzędzia, gdyż płuco psa dotąd poddaje się maltretowaniu bez szkody, dopóki ma całą opłucnę. Po jej naruszeniu miąższ płucny łatwo rwie się.

Gdy przy chwytaniu płuca dostawał się w kleszczyki nie brzeg płuca, ale kopuła płatu, to wyciągnąwszy schwytaną część na zewnątrz, przesuwałem ją dotąd, dopóki nie wyciągnąłem brzegu, poczem, pociągając dość silnie za brzeg, wydobywałem zawsze na zewnątrz cały wachlarzowato układający się półkulisty płat płucny. Robiłem to dlatego, że w jednym z pierwszych przypadków, gdzie wyciągnąłem jeden bok płatu, cięcie płuca wypadło skośnie i pomimo, że płuca usunąłem dużo, oskrzela głównego nie otwarłem.

Płat płuca po wydobyciu wyciągałem dotąd, dopóki nie pokazywała się na zewnątrz grubsza zwężająca się podstawa płata.

Po wyciągnięciu płatu sprawdzałem, czy jego ustawienie odpowiada prawidłowemu; wypukła część, kopuła powinna być obrócona ku górze i przodowi. W przeciwnym razie przypuszczać należy skręcenie. W jednem doświadczeniu skręcenie to spowodowało złe zejście.

Również należy baczyć, by płuca przy obszywaniu podstawy nie fałdować, gdyż fałd, nie ujęty w szew, po obcięciu płuca może się wysunąć do opłucnej wraz z otwartemi oskrzelami i naczyniami.

Na wyciągnięte płuco, zatkawszy niem możliwie szczelnie otwór w opłucnej, nakładałem po obydwóch stronach w odległości około pół ctm. od brzegów rany opłucnej po przez nieotwartą opłucnę, szwy katgutowe podwójną nitką, ustalające i podtrzymujące płuca.

Na szwy te zwracam uwagę; w opisach odnośnej techniki operacyjnej z nimi się nie spotkałem; uważam je za bardzo pożyteczne. W pierwszym przypadku, gdzie ich nie zastosowałem, płuco się oberwało; w następnych, pomimo wielkiego czasem napięcia w kikucie płatu i pomimo gwałtownego rzucania się psa przy duszności, szwy trzymały dobrze.

Po nałożeniu szwów podtrzymujących płuco, obszywałem je naokoło szwem ciągłym katgutowym, przekładając go co 2—3 ściegi. Mięśnie po obu stronach płuca łączyłem paru szwami.

Przy obmacywaniu umocowanego płuca nie udawało mi się (u psa) wymacać oskrzela przez miąższ płuca.

Płuco obcinałem poprzecznie, równolegle do podstawy; krwawiło na razie zwykle bardzo mało. Oskrzela i naczynia są po przecięciu widoczne: nie cofają się w miąższ. Najszersze z widocznych oskrzele nacinałem podłużnie wgłąb na pół cm, poczem wprowadzałem do niego gruby cewnik Nelatona z otworem na końcu lub nawet sondę odbytniczą — na głębokość około 5 ctm., t. j. nie dalej, niż do rozwidlenia oskrzela.

W przypadku, gdzie założyłem cewnik głęboko do tchawicy, pies udusił się skutkiem nagromadzenia się w zdrowem oskrzelu przeciwnej strony znacznej ilości śluzu i niemożności wydzielenia go do cewnika.

Pozostałe oskrzela i naczynia podwiązywałem lub okłuwałem. Płuco obszywałem paru szwami. Ścisłe zatamowanie krwawienia z płuca jest tu konieczne.

W jednem doświadczeniu, gdzie wobec niekrwawienia płuca, nie podwiązałem dokładnie naczyń, po przejściu uśpienia przy pierwszych żywszych ruchach psa płuco nagle zaczęło silnie krwawić; wtórne zaopatrzenie naczyń zatrzymało krwotok, ale przedtem do niezamkniętych oskrzeli naciekło krwi i przy sekcyi znaleźliśmy w nich liczne skrzepy.

[6]) Elsberg: Zentralblatt f. Chirurgie Nr 10. 1908.

Skórę, prócz części środkowej, zeszywałem. Ranę pozostawiałem otwartą, posypując ją jodoformem.

Opisana technika odnosi się do przetoki oskrzelowej. Przy przetoce płucnej ograniczałem się zawsze po wydobyciu na zewnątrz i obcięciu płuca do szerokiego rozpięcia rany płuca zapomocą kilku szwów, łączących brzegi płuca ze skórą.

Drugim aktem operacyjnym jest zamknięcie górnych dróg oddechowych. Dokonywałem go bezpośrednio po pierwszym akcie; przedstawia on znaczne trudności techniczne.

Cięciem środkowem podłużnem odsłaniałem tchawicę; podprowadzałem igłą Deschampa nitkę; nie mogłem jednak u psa szczelnie zacisnąć krtani ani jedwabiem, ani drutem metalowym. Wobec tego miażdżyłem kleszczykami Billrotha parę chrząstek ponad podwiązką i obszywałem je katgutem; w innych przypadkach wypreparowywałem ze ściany tchawicy chrząstkę i w tem miejscu ją zaciskałem. Jednakże zupełnie dokładne zamknięcie tchawicy otrzymałem dopiero po rozcięciu poprzecznem tchawicy, umocowaniu w niej gumowego korka i zaciśnięciu tchawicy naokoło korka.

Zabiegi te na tchawicy połączone są z silnym urazem. W jednym przypadku stwierdziłem na sekcyi poza tchawicą rozległy wylew krwawy, który ciągnął się ku dołowi i był prawdopodobnie powodem złego zejścia.

Psy, którym po założeniu przetoki płucnej podwiązałem szczelnie tchawicę, wszystkie natychmiast ginęły. Pies, któremu po założeniu przetoki płucnej tchawicy nie podwiązałem, przy wszelkich próbach szczelnego zatkania mu nosa i pyska, zarówno wkrótce po operacyi, jak i obecnie (sześć miesięcy po operacyi), szybko poczyna się dusić.

Psy, którym po założeniu przetoki oskrzelowej podwiązałem szczelnie tchawicę, wszystkie przeżyły zabieg i żyły po nim czas jakiś. Najdłużej w jednem z doświadczeń 18 godzin. W pozostałych doświadczeniach psy ginęły po 12—6 godzinach. Oddychały one przez pierwszych kilka godzin (2—6) dobrze; następnie oddech stawał się coraz głośniejszy i stopniowo rozwijały się objawy duszności.

Na sekcyi znajdowałem w tchawicy stale mniejsze lub większe ilości nagromadzonego śluzu. Płuco w pierwszem doświadczeniu, gdzie nie nałożyłem bocznych podtrzymujących szwów, oberwało się jednym bokiem, wisiało w jamie opłucnej, wywołało krwotok do niej i odmę piersiową. W pozostałych przypadkach, po zastosowaniu szwów podtrzymujących płuco, trzymały szwy dobrze i odmy piersiowej na sekcych nie znajdowałem. Płuco przy operacyi wyciągałem na ślepo, kierując jedynie narzędzie ku dołowi; sekcye stwierdziły, że przyszyty bywał prawie stale (prócz jednego przypadku) płat dolny. Co do oskrzela, używanego na przetokę, sekcye wykazały, że bywało niem albo główne oskrzele płatu, albo bezpośrednie jego rozgałęzienie.

Dla porównania warunków operacyjnych zwykłych i przy zróżniczkowanem ciśnieniu, zastosowałem do operacyi na królikach i na psach przyrząd, który skonstruowałem na miejscu w klinice, a w typie zbliżony do przyrządu Auer-Melzera. Przyrząd ten doskonale równoważył ciśnienie zewnętrznego powietrza. Utrzymując ciśnienie manometru na 10 mm rtęci przy szeroko otwartej wrotowej ranie opłucnej, zdołałem płuco utrzymać w średniem rozdęciu prawie bez ruchu. Przy podwyższeniu ciśnienia do 20 mm rtęci, płuco wypełniało całą jamę opłucną, wyciskało z niej zewnętrzne powietrze; ruchy klatki piersiowej prawie ustawały. Przy zeszyciu w tym okresie opłucnej i powłok, w jamie opłucnej powstawały stosunki prawidłowe. W jednem doświadczeniu przy obustronnem wycinaniu zwoju szyjnego dolnego (Dr A. Rydygier) otwarto przy użyciu tego przyrządu na jednem posiedzeniu kolejno obie jamy opłucne, a pomimo to odma piersiowa nie powstawała i pies zabieg zniósł dobrze.

Przyrząd ten jest prosty i każdy lekarz lub szpital może go sobie skonstruować. Potrzebny do tego jest cylinder tlenu (zwykły, używany dla chorych; zawiera on 90 litrów tlenu pod ciśnieniem 60 atmosfer), zwykła flaszka laboratoryjna na wodę z hermetycznym korkiem o 2 rurkach dla pomieszczenia eteru, łącznik trzyramienny i manometr.

Zwierzęciu, uśpionemu eterem, wprowadza się do krtani ruchem intubacyjnym napięty na mandrynie cewnik Nelatona lub lepiej półtwardy cewnik angielski. Kaliber cewnika nie powinien przekraczać połowy kalibru otworu krtani. Braliśmy zwykle Nr 18—20. Koniec cewnika powinien nie dochodzić do rozwidlenia tchawicy na 5 ctm. Długość wprowadzonej części cewnika, licząc od zębów, wynosiła w naszych doświadczeniach około 31 ctm. Wylot cewnika umocowuje się w otworze deseczki, wsuniętej poprzecznie między zęby, poczem łączy się cewnik z przyrządem.

Ciśnienie można dosyć dokładnie miarkować zewnętrznym kurkiem cylindra z tlenem. Gdy zwierzę wydawało się przenarkotyzowane eterem, wyłączałem flaszkę z eterem i połączywszy rurki korka od dołu rurką gumową, wprowadzałem zwierzęciu czysty tlen, po którym zwierzę szybko przychodziło do siebie.

Zestawiając powyższe dane, dochodzę do następujących wniosków:

1) Przetoka płucna (pneumostomia) nie daje dostatecznego dostępu dla powietrza do płuca; przy szczelnem zamknięciu górnych dróg oddechowych nie zapobiega ona natychmiastowej śmierci.

2) Przetoka oskrzelowa (bronchostomia) daje dostęp do płuca dla powietrza dostateczny. Sama przez się jest operacyą niezawiłą i technicznie prostą. Te jednakże przypadki, gdzie dla całości doświadczenia wypadało łączyć przetokę oskrzelową z operacyą ścisłego zamknięcia górnych dróg oddechowych, kończyły się śmiercią na tle rozwijających się w drogach oddechowych spraw chorobowych.

3) Przetoki oddechowe (płucna i oskrzelowa), dokonywane w sposób powyżej podany, nie wymagają przyrządów o zróżniczkowanem ciśnieniu i mogą być bez obawy odmy piersiowej wykonane w zwykłych warunkach operacyjnych.

4) Przy innych operacyach, wymagających wzmożonego ciśnienia, poważne usługi oddać może ogółowi chirurgów przyrząd typu Auer-Melzera, dający się doraźnie skonstruować bez większych kosztów.

5) Przy przytwierdzaniu płuca do klatki piersiowej zalecam podane przezemnie powyżej szwy podtrzymujące płuco; ułatwiają one i wzmacniają przytwierdzenie płuca.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

(Ciąg dalszy).

Jeszcze wyraźniej występuje zysk z wprowadzenia cięcia cesarskiego nadłonowego wtedy, jeżeli się uwzględni, że cięcie cesarskie klasyczne wykonuje się według dzisiejszych zasad tylko w przypadkach bezwzględnie czystych, w innych zaś poświęca się płód dla dobra matki, nie próbując nawet jego ratunku. Gdybym chciał z tego punktu widzenia oświetlić moją statystykę, musiałbym powiedzieć, że na 591 płodów dałoby się uratować zaledwie 290, pochodzących z przypadków czystych (294—4 martwe), pozostała zaś reszta nie byłaby wogóle wydobywana cięciem cesarskiem i nie byłaby żyła. Jeżeli się odtrąci 16 płodów, które przyszły na świat martwe, a pochodziły z przypadków podejrzanych i zakażonych, to zawsze 281 przyszłych obywateli państwa zawdzięcza swoje życie cięciu cesarskiemu nadłonowemu. Dla lepszego uwydatnienia przypomnieć tu jeszcze muszę, że całe zestawienie obejmuje 591 płodów.

Tyle co do wyników bezwzględnych. Porównania względne, odnoszące się do seryi poszczególnych operatorów, każdy z nich sam tylko zestawić sobie może, ale też tylko w odniesieniu do niego mają one wartość.

O ile to dotyczy moich własnych spostrzeżeń, sprawa przedstawia się następująco:

W czasie od 10 sierpnia 1903 aż do 1 października 1910 przeszło przez moje ręce 36 przypadków cięcia cesarskiego. 25 z nich robiłem sam, w reszcie zaś prowadziłem operacyę w każdym przypadku z osobna. Z powyższych 36 przypadków 22 dotyczy cięcia cesarskiego klasycznego, 14 zaś cięcia nadłonowego. Wyniki moje podaję tu w zestawieniu (obacz niżej).

Nie dziw, że stałem się bezwzględnym zwolennikiem cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego, zwłaszcza, że przyczyniało się do tego wiele okoliczności ubocznych, o których pomówię poniżej.

Matki

	Czyste				Podejrzane				Zakażone				Razem			
	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	Śmiertelność od zabiegu niezal.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	Śmiertelność od zabiegu niezal.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	Śmiertelność od zabiegu niezal.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność od zabiegu zależ.	Śmiertelność od zabiegu niezal.	Śmiertelność Razem
I.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
III.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
V.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
I. III. V.	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—
II.	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	9	—	1	1
I. II. III. V.	11	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	1	14	—	1	1
Sectio caesarea classica	15	2	1	3	3	—	—	—	4	1	—	1	22	3	1	4

Płody

	Czyste				Podejrzane				Zakażone				Razem			
	Ilość	Śmiertelność przed. operac.	Śmiertelność podcz. operac.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność przed. operac.	Śmiertelność podcz. operac.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność przed operac.	Śmiertelność podcz. operac.	Śmiertelność Razem	Ilość	Śmiertelność przed operac.	Śmiertelność podcz. operac.	Śmiertelność Razem
I.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
III.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
V.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
I. III. V.	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—
II.	7	1	—	1	—	—	—	—	2	1	—	1	9	2	—	2
I. II. III. V.	11	1	—	1	—	—	—	—	3	1	—	1	14	2	—	2
Sectio caesarea classica	15	—	—	—	3	1	—	1	4	—	—	—	22	1	—	1

Odporność otrzewnej i rany zewnątrzotrzewnej.

Nie same cyfry oświetlają wyniki danej operacyi. Brać trzeba na uwagę także spostrzeżenia, czasami nie dające się ująć w ramy liczb, oparte na większych doświadczeniach i ścisłem rozumowaniu. Kilka takich pytań nasuwa się i tutaj na myśl. Jako pierwsze przytoczę pytanie, stanowiące dziś kość niezgody, a odnoszące się do kwestyi, co jest niebezpieczniejsze: zakażenie otrzewnej, czy też rany zewnątrzotrzewnej. Lekarze twierdzący, że zakażenie otrzewnej jest jednem z najgroźniejszych powikłań, przytaczają jako argument fakt, że nawet ciężkie zakażenia ropne przyranne, znane w chirurgii, goją się po utorowaniu drogi dla odpływu ropy, co w sprawach otrzewnych nie następuje. Przeciwnicy tego kierunku wygłaszają zasadę, że jest rzeczą ogólnie znaną, iż zapalenie otrzewnej groźne dla życia występuje tylko przy wprowadzeniu wielkiej ilości drobnoustrojów, albo też bardzo jadowitych. Opierają się oni głównie na doświadczeniach Bardelebena, który stwierdził, że zwierzęta dostają ropni po wstrzyknięciu podskórnem 0·1 cm³ danej hodowli paciorkowców, a znoszą bez odczynu wśródotrzewne wstrzyknięcie 5 cm³ tej samej hodowli.

Doświadczenia powyższe dowodzą bez żadnej wątpliwości, że tkanka łączna podskórna rzeczywiście jest wrażliwsza na jady drobnoustrojów, nie rozwiązują jednak bynajmniej pytania, coby się stało, gdyby rzeczywiście wstrzyknąć wśródotrzewnie dawkę, wywołującą zapalenie otrzewnej i taką samą dawkę podskórnie. Jest jeszcze wątpliwem, czy i które z tych dwóch zwierząt dałoby się utrzymać przy życiu, a dalej, czy wyniki takie, uzyskane na zwierzętach, można przenieść bez zastrzeżeń na ludzi. Nadto jeszcze zważyć się musi, że w postępowaniu klinicznem w przypadkach, gdzie przychodzi do zakażenia, nie chodzi właściwie o to, gdzie łatwiej do niego przyjdzie, ale o to, jaki będzie jego przebieg i jakie stworzy niebezpieczeństwo dla chorej. Jak dawniej obawiano się obrażenia otrzewnej w tym stopniu, że jej skaleczenie najdrobniejsze uważane już było za uszkodzenie bezwzględnie śmiertelne, tak dziś wielu autorów uważa otrzewnę za jakąś błonę nieczułą na nic, z którą można robić, co się komu podoba. I jedno i drugie zapatrywanie, jako zdania skrajne, nie mają i nie mogą mieć racyi. Coraz to więcej operatorów ostrzega przed lekceważeniem obrażenia otrzewnej, a wyrazem tego jest bez osłonek wygłoszone zdanie Stöckla, który, stwierdzając, że przesadza się dzisiaj siłę odporności otrzewnej, powiada: »Ich kann diese Auffassung nicht teilen, und finde, dass die Schutzkraft des Peritoneums zu einem Schlagwort geworden ist, mit dem Missbrauch getrieben wird«. Dodaje przytem zupełnie słusznie, że podczas ciąży siła odporności otrzewnej jest często zmniejszona, a jadowitość drobnoustrojów pochwowych zwiększona.

Większa stosunkowo odporność otrzewnej mogłaby odgrywać rolę w porównaniu do mniejszej odporności rany zewnątrzotrzewnej tylko w takim przypadku, w którym ilość czy jakość materyału zakaźnego wywoływałaby zakażenie rany, a nie zdołała wywołać zakażenia otrzewnej Tam bowiem, gdzie i jedno i drugie zakażenie musiałoby przyjść do skutku i gdzie z jednej strony powstaje rozlane ogólne ropne zapalenie otrzewnej, z drugiej zropienie choćby całej okolicy rany, nie ma porównania. Pierwsze według dzisiejszego stanu nauki prawie musi się skończyć śmiercią, z drugiego w wielu przypadkach wyjście jest możliwe.

Zwolennicy operacyi wśródotrzewnej przytaczają fakta, że prawie zawsze przy cięciu cesarskiem chodzi o zakażenie drobną ilością bakteryi, z którą otrzewna daje sobie radę bez śladu, rana zaś zewnątrzotrzewna ulega zropieniu. Wydaje mi się, że zdanie to nie jest słuszne, gdyż ważniejsze i nie będące już w naszych rękach jest zakażenie następowe, rozwijające się w czas jakiś po operacyi. Źródło tego zakażenia i drogi, któremi przychodzi do niego, określa bardzo wyraźnie Henkel. Stwierdza on, że nawet w przypadkach czystych, gdzie wnętrze macicy jest podczas zabiegu jałowe, już w następującym dniu pełne jest drobnoustrojów, które dostały się tu od strony pochwy, Szew chirurgiczny, choćby był niewiem jak ścisły, i choćby użyto tylko katgutu, który nie przewodzi płynów, nie może stanowić zapory dla przejścia drobnoustrojów. Przy małej ich ilości przeszkodzą temu świeże zlepy rany, przy większej część przecież przejdzie, wywołując zakażenie sąsiednich tkanek. Jeżeli tą sąsiednią tkanką jest rana zewnątrzotrzewna, przyjść może i przychodzi rzeczywiście do zmian zapalnych, lub nawet do ropienia. Jeżeli jest nią otrzewna, zakażenie ją objąć musi. Pomimo wyrażonego dziś przekonania o większej odporności otrzewnej, jej główna obrona polega na szybkiem wytwarzaniu zlepów i zrostów, które ograniczają miejsce zakażone i dają ustrojowi czas do uporania się z bakteryami. Nie jest to jednak przejście sprawy bez śladu, ale tylko ograniczenie jej i wyleczenie samoistne, ślad zaś jego istnienia pozostać musi w pewnych zmianach, jakie spostrzegać można w przebiegu pooperacyjnym. Chcąc sądzić bezstronnie i wyłączać wszelkie zapatrywania podmiotowe, mogące być wyrazem rozmaitych względów ubocznych, kierować się trzeba obserwacyą bezwzględną, a taką jest przedewszystkiem mierzenie ciepłoty. Jeżeli się zważy, że Küstner na 58 przypadków czystych cięcia cesarskiego klasycznego wykazuje 27 gorączkujących po operacyi do 38° i wyżej, to stanie się jasnem, że zadrażnienie miejscowe otrzewnej nawet w takich przypadkach czystych jest faktem bardzo częstym. Zadrażnienie zaś takie wywołać musi zrosty, bynajmniej nie obojętne dla późniejszego zdrowia pacyentki. I rzeczywiście. Jeżeli się ma sposobność otwierania jamy brzusznej w jakiś czas po cięciu cesarskiem, to można napotkać rozległe zrosty otrzewne, nawet w przypadkach takich, w których poprzedni przebieg pooperacyjny wykluczał wszelkie zarzuty.

Gdyby się chciało powyższe stosunki przenieść na cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne, powinno w niem przyjść do zakażenia rany przeszło w połowie przypadków czystych, nie mówiąc o podejrzanych i zakażonych, w których, jak to wykazałem powyżej, zwiększa się bardzo znacznie śmiertelność ze względu na zajęcie otrzewnej. Naturalnie częstość i rozległość zrostów musi iść co najmniej równomiernie z cyframi śmiertelności.

Ponieważ w opisie przypadków niezbyt często znaleść można daty, odnoszące się do gojenia się rany, nie mogę

przytoczyć cyfr ścisłych, zamiast nich jednak podaję opinię Bumma z najnowszych czasów, bo z połowy marca roku 1911, z którą się najzupełniej zgadzam, a która brzmi: »Eiterungen der Wunden haben wir übrigens in allen Fällen gesehen, wo das Fruchtwasser zur Zeit der Operation bereits zersetzt war und erhöhte Temperatur bei den Kreissenden bestand und zwar war es gleichgültig, ob man nach oben oder unten drainirt hatte. Die Fälle betrugen nicht ganz ein drittel der Gesammtzahl, während bei den aseptischen Gebärenden eine primäre Verheilung der gesammten Wunde die Regel bildete«. Sądzę, że powyższe słowa wystarczą do odparcia zarzutu, jakoby przychodziło do ropienia rany w przypadkach, w których otrzewna zniosłaby zakażenie bez śladu.

Wyłuszczone powyżej dowody i zapatrywania stwierdzają, że rzeczywiście słuszne jest zdanie Stöckla o przesadzaniu odporności otrzewnej na zakażenie i stwierdzają że równie dobrze w niej, jak i w ranie zewnątrzotrzewnej nie musi przyjść do zakażenia, choć pewna ilość drobnoustrojów dostanie się do rany i że w przypadkach innych ani jedna ani druga nie chroni od zakażenia i jego następstw. Różnice między niemi obiema leżą raczej nie w możności powstania zakażenia, ale w jego przebiegu. I tak: rana otrzewna czysta goi się doraźnie, nie wywołując żadnego odczynu i żadnych powikłań w sąsiednich tkankach, zakażona w nieznacznym stopniu sprowadza ograniczone zapalenie otrzewnej, które otorbia się szybko, pozostawiając po sobie zrosty, dotyczące zazwyczaj tylko najbliższego sąsiedztwa, jednak nieobliczalne w swej jakości, ilości i rozmieszczeniu, zakażona w wyższym stopniu daje punkt wyjścia rozlanemu zapaleniu otrzewnej. Rana w tkance zewnątrzotrzewnej czysta goi się doraźnie tak samo jak otrzewna, zakażona w małym stopniu powoduje nacieki zapalne i ewentualne rozejście się szwów z powodu ropienia, zakażona zaś w wysokim stopniu spowodować może rozległe nacieki ropne, będące czasem punktem wyjścia ogólnej ropnicy. Porównanie obu tych przebiegów niema znaczenia dla przypadków czystych. Nieco inaczej przedstawią się rzecz w przypadkach podejrzanych i zakażonych. Rany ropiejące, wśród- czy zewnątrzotrzewne, o ile się goją, mogą wprawdzie przedłużyć chorobę i zużyć więcej sił pacyentki, nie grożą jednak bezpośrednio śmiercią. Po takich ranach pozostają blizny i zrosty, nad którymi wypada się zastanowić.

Blizny pooperacyjne.

Co do blizn, to na plan pierwszy wysuwa się sprawa ich wytrzymałości. Jest rzeczą ogólnie znaną, że blizny, nie powstałe przez zgojenie doraźne, są znacznie grubsze i znacznie łatwiej, aniżeli tamte, ulegają rozciągnięciu, lub pękają przy zbytniem napięciu. O ile to dotyczy cięcia cesarskiego klasycznego, wiemy już dzisiaj wobec bardzo znacznej liczby przypadków operowanych, że rozciągnięcie takie i znaczne ścieńczenie wykazać można w wielu razach badaniem bezpośredniem przy otwarciu jamy macicy, po dawniej przebytem cięciu cesarskiem klasycznem. Ponieważ w przypadkach innych badanie takie nie może nawet wykazać miejsca blizny, nasuwa się na myśl przypuszczenie bardzo prawdopodobne, że ścieńczenia i rozciągnięcia odnoszą się właśnie do tych przypadków, w których gojenie się rany było powikłane, a że przypadki takie bynajmniej nie należą do rzadkości, dowodzą spostrzeżenia Küstnera, przytoczone powyżej. Takşamo nie mało już mamy przypadków pęknięcia blizny pooperacyjnej w trzonie macicy — podczas następnej ciąży.

Nieco inaczej przedstawia się sprawa co do cięcia cesarskiego szyjnego. Rozciągnięcie samo i osłabienie tej blizny właściwie nie wchodzi w rachubę. Dolny odcinek bowiem w okresie poza ciążą według jednych prawie nie istnieje, według drugich zaś schodzi do tak małych rozmiarów, że sam przez się nie odgrywa żadnej roli, zwłaszcza, że od strony wnętrza macicy nie grozi mu żaden ucisk, wystawiający na próbę jego wytrzymałość. Co się dzieje z raną w tej części w okresie pozaciążowym, nikt nie wie, dotychczas bowiem nikt jej nie widział przy otwarciu macicy niecieżarnej, a przynajmniej nikt tego nie podał do wiadomości. Pod tym względem zostaje więc wolne pole do przypuszczeń, nieograniczonych żadnemi spostrzeżeniami. W początkach ciąży odcinek dolny także nie wchodzi w grę; rosnące jaje płodowe naciska na jego ścianę znacznie później, niż na ścianę trzonu macicy i stąd nacisk ten, trwający znacznie krócej, musi mieć mniejsze znaczenie. Z drugiej jednak strony ścieńczenie ściany dolnego odcinka jest większe, wskutek czego możliwość rozciągnięcia i pękania więcej w grę wchodzić może. Rozciągnięcie samo jako takie, choćby nawet miało być w bliźnie znacznego stopnia, nie będzie odgrywać roli, blizna leży bowiem w części rozciągniętej i tak ad maximum. Czy będzie większe czy mniejsze, jest dla ciąży i porodu rzeczą obojętną. Co do jego istnienia w tym czasie, stosunki są mniej więcej te same, co w bliznach po cięciu cesarskiem klasycznem. Tak tu, jak i tam, wyczuwa się czasem bliznę, w innych zaś razach nie czuć jej zupełnie.

Co do pękania blizny można było żywić obawę, że miejsce jej, napięte bardzo silnie podczas porodu, będzie niebezpieczne, zwłaszcza wobec faktu, że w przypadkach zaniedbanych pękają ściany dolnego odcinka nawet nigdy nieruszanego. Obawę tę podniosłem w mojej pierwszej publikacyi, podniosło ją i wielu innych autorów, z dotychczasowych jednak spostrzeżeń okazała się płonną. Wobec krótkiego czasu, w którym wykonuje się operacyę cięcia cesarskiego nadłonowego, nie wiele jeszcze znamy przypadków porodów następowych po tym zabiegu, przebiegających samoistnie lub też znowu sztucznie i stąd nie można dziś jeszcze wygłaszać zdań apodyktycznych, choć jest wielkie prawdopodobieństwo, że i dalsze czasy nie zmienią dzisiejszego stanu rzeczy. Do 28 odnośnych przypadków, które ogłoszono w piśmiennictwie, a które są podstawą do ocenienia pękania blizny po cięciu cesarskiem szyjnem, chciałbym tu dodać opis jednego, który miałem sposobność spostrzegać.

L. p. 753, 1908/9. M. S., 31-letnia żona rolnika z Petrykowa, przyjęta 19 czerwca 1909. Rodziła raz 6 lipca 1908 w Morawskiej Ostrawie, gdzie wykonano cięcie cesarskie. Według odpisu historyi choroby, udzielonego mi łaskawie z tamtejszego szpitala, operowano w porodzie już zaniedbanym, przy dość znacznem przedgłowiu. W cięciu w linii środkowej, sięgającem od pępka do spojenia łonowego, otwarto jamę brzuszną, odsunięto załamek otrzewnej ze ściany szyi macicy, przecięto ją w linii środkowej i zeszyto brzegi otrzewnej ściennej i macicznej, tak, że wła-

ściwa jama otrzewnej została zupełnie wykluczona. Po przecięciu podłużnem dolnego odcinka wydobyto donoszony, żywy płód, który jednak wkrótce po operacyi umarł. Rana zgoiła się doraźnie.

Obecnie podawała ciężarna, że ostatni peryod miała z końcem października lub z początkiem listopada 1908, ruchy zaś poczuła 1. marca 1909 r. Badanie wykazało: Osoba licho zbudowana, miernie odżywiona, ze zdrowymi narządami klatki piersiowej; na brzuchu blizna pooperacyjna, szeroka na palec, sięgająca od pępka do spojenia. Macica sięga na 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. W niej płód żywy, w położeniu czaszkowem I. nieustalonem. Część pochwowa długości członka palca. Ujście zamknięte. Miednica kręgozmykowa z wyraźnie wyczuwalnym podwójnym wzgórkiem kości krzyżowej. Jej wymiary wynoszą:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	28 »
D. troch.	31 »
C. ext.	17 »
C. diag.	9 »
C. vera (Bylicki)	7 »

Pacyentkę pomieszczono na oddziale ciężarnych, gdzie 2. sierpnia o godz. 2. rano dostała bolów porodowych. Ukrywała się z tem aż do 2. popołudniu. Badanie w tym czasie wykazało ujście zupełnie rozwarte przy utrzymanym pęcherzu płodowym i nieustalonem położeniu. Wobec kategorycznego żądania żywego płodu przystąpiono do operacyi (Dr Daum). W spokojnem uśpieniu chloroformowem w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm^3 rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie w linii środkowej, zaczynając na 3 palce poniżej pępka, a kończąc tuż nad spojeniem łonowem, przyczem wycięto starą bliznę skórną. Pod skórą natrafia się kilka szwów drucianych; po ich usunięciu i bardzo mozolnem rozpreparowaniu powięzi i zbliznowaciałych mięśni dochodzi się do pęcherza, który, przesunięty i przyrośnięty po stronie lewej, wystercza ledwie na palec nad spojenie łonowe. Załamek otrzewnej, pokrywający pęcherz na bardzo drobnej przestrzeni, sięga głęboko i jest bliznowato zrośnięty z całą szyją macicy. Wobec tego zrostu i wobec zbliznowacenia tkanek okołopęcherzowych, wykonanie cięcia zewnątrzotrzewnego nie jest możliwe, nacinanie zaś powtórne szyi przy operacyi przezotrzewnej wydaje się nieodpowiednie. Przedłużono więc cięcie ku górze, otwarto jamę otrzewnej i wytoczono macicę przed powłoki brzuszne. Na jej przedniej ścianie widać rozległe zrosty otrzewne ze ścianą brzuszną, sięgające aż na 2 palce powyżej pierścienia skurczowego. Według sposobu Fritscha nacięto macicę poprzecznie w dnie i wydobyto płód, a zaraz za nim ręcznie łożysko. Obmacanie przy tej sposobności przedniej ściany szyi i dolnego odcinka wykazuje niewyraźne ścieńczenie ściany w linii środkowej, którego nie można ściśle odgraniczyć. Ranę maciczną połączono szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, poczem wycięto oba jajowody i po zapuszczeniu macicy zamknięto jamę brzuszną. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zgojona doraźnie. 23. sierpnia wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu, z macicą dobrze zwiniętą, przyrośniętą przednią ścianą szyi do powłok brzusznych.

Płód żywy, donoszony, wagi 2970 gram. długości 51 cm., utrzymano przy życiu.

Szczegółowy przegląd wszystkich 29 dotąd ogłoszonych przypadków (który tu pomijam [1]), świadczy, że jak dotąd nie ma poważniejszych podstaw do obawy o pękanie blizny po cięciu cesarskiem szyjnem.

[1]) Zestawienie to pomieszczam w wydawnictwie: »Obrady sekcyi ginekol. XI. Zjazdu«.

Zrosty.

Dalszą sprawą, konieczną do omówienia, są zrosty przyranne, mogące powstać po jednej i po drugiej operacyi. I tu i tam mogą one nie wywoływać żadnych dolegliwości. O ile stwarzają jakie lub o ile dać mogą powód o jakichkolwiek późniejszych powikłań, obchodzić nas muszą. Nie można postawić żadnego typu dla zrostów śródotrzewnych, gdyż zależą one w pierwszej linii od miejsca zrośnięcia i od narządów, które łączą ze sobą. Począwszy od zwykłego unieruchomienia macicy, skończywszy na skrętach lub zadzierzgnięciu jelit, spowodowanych zrostami postronkowatymi, dawać one mogą cały szereg powikłań, występujących bądź samoistnie, bądź na tle innych chorób toczących się obok. Tem większego nabierają one znaczenia, jeżeli się zważy, że wśród zrostów otrzewnych bardzo często przez długi czas pozostają ogniska zagęszczonej ropy. Zrosty zewnątrzotrzewne nie są wprawdzie bez znaczenia, nie mogą jednak nigdy odgrywać ważniejszej roli. Powstałe po ranie otwartej, gojącej się wśród wolnego odpływu płynów, składają się wyłącznie z tkanki bliznowatej i raz wytworzone nie dają już więcej powodu do budzenia się sprawy zapalnej z letargu, pomieszczone zaś wśród tkanki łącznej zdala od narządów jamy brzusznej, nie mogą także na stan ich wpływać. Jedynem ich następstwem mogą być przemieszczenia narządów miednicy małej, w szczególności zaś pęcherza i macicy. To pierwsze, jak wiemy z licznych spostrzeżeń, zaczerpniętych z dziedziny chirurgii, prawie żadnego nie ma znaczenia dla podmiotowej oceny zdrowia, drugie sprawiać może i sprawia czasami tyłozgięcia macicy, spowodowane ustaleniem przedniej ściany szyi, a dające powód do leczenia, czasem nawet operacyjnego. Badania Sigwarta dziesięciu pacyentek po cięciu cesarskiem szyjnem, wykazały u sześciu z nich tyłozgięcie macicy, a więc przeszło w połowie przypadków. Badania innych wykazują następstw takich o wiele mniej. — Gdyby jednak rzecz nawet tak się miała, to przecież odpowiadałoby to tylko częstości powikłań przyrannych, powstających w przypadkach czystych cięcia cesarskiego klasycznego według obliczeń Henkla, nie byłoby więc niczem dziwnem wobec faktu, że cięcie nadłonowe robiono nietylko w przypadkach czystych, lecz także w podejrzanych i zakażonych. W przypadkach podejrzanych lub zakażonych nie powinno się i tak wykonywać cięcia cesarskiego klasycznego, przy wykonaniu zaś cięcia zewnątrzotrzewnego uratowane życie płodu znaczy chyba więcej, niż następowe tyłozgięcie macicy, tak częste i po porodach prawidłowych.

O ile poucza mnie własne doświadczenie, sprawa powstawania zrostów wiąże się ściśle z przebiegiem samej operacyi; powstają one tam, gdzie rana goi się następowo z powodu zropienia lub też z powodu pierwotnego sączkowania.

W przypadkach, gdzie gazy nie zakładano i gdzie pęcherz umocowano we właściwem miejscu, on sam, wchodząc między macicę a powłoki brzuszne, nie pozwala na wytworzenie się zrostu z powłokami i na powikłania następowe.

Opierając się na tem, należy dążyć do niesączkowania rany, gdzie to tylko jest możliwe.

Zestawiając razem wszystkie powyższe dane, dochodzę do następujących wyników:

1) Przy ranie niezakażonej powstaje idealna blizna bez znaczenia dla narządów sąsiednich, najprawdopodobniej wytrzymała dostatecznie, i to tak przy cięciu wśródjak i zewnątrzotrzewnem.

2) Przy zakażeniu rany nieznacznego stopnia powstają przy cięciu wśródotrzewnem zrosty na tle miejscowego zapalenia otrzewnej, zrosty zupełnie nieobliczalne tak co do siedziby, jak co do powikłań następowych, przy cięciu zaś zewnątrzotrzewnem zapalne nacieki, rozchodzące się bez śladu, albo zropienie rany, zgojenie się jej późniejsze i zrosty, mogące wywołać co najwyżej tyłozgięcie macicy.

3) Przy zakażeniu rany wysokiego stopnia powstaje po cięciu wśródotrzewnem rozlane zapalenie otrzewnej, prawie bez wyjątku wiodące do śmierci, przy cięciu zewnątrzotrzewnem zaś rozległe ropienie, które może wprawdzie wyjątkowo prowadzić do śmiertelnej ropnicy, które jednak zazwyczaj goi się wśród zmian miejscowych.

Przepukliny.

Co do blizny pooperacyjnej uwzględnić jeszcze należy sprawę następowych przepuklin, świadczącą także na niekorzyść cięcia cesarskiego klasycznego. Choć dzisiaj wielu autorów twierdzi, że w razie doraźnego gojenia się rany brzusznej przepukliny wogóle się nie tworzą, to przecież statystyki wykazują pewien ich procent. Po cięciu zewnątrzotrzewnem i po zeszyciu mięśni prostych w linii środkowej najlepiej właśnie w dole rozwiniętych, trudno sobie nawet wyobrazić powstanie przepukliny i nikt o niej rzeczywiście nie wspomina. Tembardziej odnosi się to do przypadków, w których operowano poprzecznem cięciem Pfannenstiela. Ba, nawet nie spotkałem nigdzie wzmianki o następowych przepuklinach po zropieniu rany zewnątrzotrzewnej, co przecież przy cięciu cesarskiem klasycznem jest na porządku dziennym.

Zagadnienia ogólne.

Wyniki powyżej podane pozwalają już odpowiedzieć na zasadnicze pytania, czy cięcie cesarskie nadłonowe ma wogóle racyę bytu. Jak to powyżej przedstawiłem, miało ono pierwotnie uzupełnić lukę w naszem postępowaniu i było przeznaczone dla przypadków zakażonych. Wprawdzie wyniki jego są tu rzeczywiście lepsze od wyników cięcia cesarskiego klasycznego (14·66% : 35·4%), jednak wyniki te przy cięciu szyjnem wśród- i zewnątrzotrzewnem są prawie równe (15·63% : 13·46%) i wogóle jeszcze tak niekorzystne, że nie usprawiedliwiają stosowania cięcia cesarskiego w jakiejkolwiek postaci w przypadkach zakażonych. Jeżeliby jednak pomimo to chciał kto wziąć na siebie odpowiedzialność operacyjną w takich przypadkach, powinien operować zewnątrzotrzewnie, gdyż to daje jeszcze najlepsze szanse.

Przypadki czyste, jak większość autorów dziś twierdzi, nadawać się mają równie dobrze do cięcia cesarskiego klasycznego i nadłonowego. Zestawienie moje wykazuje jednak mylność tego zapatrywania. Różnica śmiertelności między cyfrą 4·3% — 4·7%, stwierdzona przez Routha dla cięcia cesarskiego klasycznego, a utrzymującą się mniej więcej dla wszystkich większych zestawień, obejmujących zbiorowo przypadki różnych autorów i 2·05% odnośnie do cięcia nadłonowego, zanadto przecież bije w oczy, aby można uważać te obustronne wyniki za równe. Następstwem tego musi być przekonanie, że i w przypadkach czystych należy zerwać ze starym sposobem postępowania, a wprowadzić nowy. Jeżeli się zaś uwzględni poważną różnicę śmiertelności między cięciem przezotrzewnem, a zewnątrzotrzewnem (3·05%—0·78%), to stanie się jasnem, że dla zbliżenia się do ideału powinno się zdążać do wykonywania zasadniczo cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego.

Pozostała grupa przypadków podejrzanych zachowuje się podobnie, jak poprzednio, jest jednak o tyle ważniejsza, że według wygłaszanych dziś zapatrywań przypadki te nie nadają się już do cięcia cesarskiego klasycznego. I słusznie. 9·4% śmiertelności, to przecież za dużo dla operacyi, wykonywanej ze względu na życie płodu, bez której przeważnie matka mogłaby się obejść. Tembardziej, że i za to życie płodu nie można bezwzględnie ręczyć. Nieco odmiennie przedstawia się rzecz przy cięciu nadłonowem. Jego 7·86% śmiertelności mogłoby już skusić do przedsiębrania operacyi, a jeżeli się zważy, że cięcie zewnątrzotrzewne daje tej śmiertelności tylko 5·08%, to cyfra ta, zbliżona już bardzo do wyników cięcia cesarskiego klasycznego w przypadkach czystych, pozwala zalecić z czystem sumieniem zabieg dla przypadków podejrzanych.

Zbierając razem wszystkie powyższe dane, będące wynikiem mego zestawienia, dochodzi się do wniosku, że 1) w przypadkach czystych wskazane jest cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne, wolno jednak w razie odmiennych zapatrywań pozostać przy dawnem cięciu klasycznem lub przy szyjnem przezotrzewnem.

2) W przypadkach podejrzanych nie powinno się robić cięcia cesarskiego wśródotrzewnego żadnym sposobem, natomiast zewnątrzotrzewne jest jeszcze w całej pełni dozwolone.

3) Przypadki zakażone nie nadają się wogóle do cięcia cesarskiego.

Sądzę, że te wywody dostatecznie odpierają zarzut Rotha, jakoby zewnątrzotrzewne cięcie cesarskie nie było postępem i stwierdzają, że mało która operacya okazała się tak dobrą i przydatną, jak właśnie ono.

Opierając się na danych przytoczonych muszę jako tezę postawić żądanie wykonywania cięcia cesarskiego zawsze zewnątrzotrzewnie. Wobec rozmaitych stosunków topograficznych miednicy małej podczas ciąży i podczas porodu, wobec niepowodzeń wielu pierwszorzędnych operatorów, zachodzi jednak pytanie, czy wykonanie cięcia zewnątrzotrzewnie jest wogóle w każdym przypadku możliwe i czy można przystępując do operacyi być pewnym, że zabieg się uda. Na podstawie mego osobistego przekonania, nabytego w powyżej opisanych przypadkach, w których stosunki topograficzne były jak najrozmaitsze, przychylić się muszę do zdania Stöckla, który, opisując metodę Latzki, powiada: »Führt man sie richtig und mit der nöthigen Vorsicht aus, so gelingt es nicht nur in allen Phasen der Geburt, sondern auch am Ende der Schwangerschaft, Blase und

Bauchfell stets so abzuschieben, dass das Bauchfell intakt bleibt«. Dodaje dalej, że wprawdzie zdarzają się naddarcia otrzewnej, lecz te należy uważać za błędy techniki, polegające na zamałem cięciu lub brutalnem chwytaniu otrzewnej. Z mej strony dodałbym tylko, że pęknięcia takie są tem rzadsze, im więcej się operowało, i że cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne wymaga osobnej wprawy, zanim się bezwzględnie opanuje technikę.

Chciałbym jeszcze słów kilka dodać dla odparcia zarzutu, jakoby technika cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego była daleko trudniejsza od postępowania typowego, określonego we wszystkich szczegółach przy cięciu klasycznem. Trudność cała polega na nieznajomości topografii narządów miednicy małej, rzeczywiście dosyć trudnej w porównaniu do stosunków, znajdowanych w niezmienionej jamie brzusznej. Jeżeli się jednak zechce topografii tej nauczyć, wtedy technika wykonania cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego żadnych nie sprawi trudności. Sposób Latzki jest tak ujęty w ścisłe ramy i tak opracowany we wszystkich szczegółach, że pod względem typowości nie różni się niczem od cięcia cesarskiego klasycznego i pozwala, że tak powiem, na prawie mechaniczne wykonywanie poszczególnych części operacyi, następujących po sobie.

Jako ostateczny wynik stwierdzam więc, że w każdym przypadku nadającym się do cięcia cesarskiego, należy operować zewnątrzotrzewnie i że przeprowadzenie tego jest możliwe. Jak od każdej reguły, tak i tu są przecież wyjątki, w których pozostać musi dawne cięcie cesarskie klasyczne, a to ze względu na to, że wydobycie płodu z jamy macicy, licząc od początku operacyi, trwa przy niem króciej, niż przy cięciu zewnątrzotrzewnem. Są to przypadki, w których chodzi o ratowanie płodu już obumierającego, bez względu na matkę, a więc w jej agonii lub tuż po jej śmierci. Dalej należeć tu muszą przypadki, w których istnieją jakieś atypowe stosunki, nie dozwalające na cięcie zewnątrzotrzewne, jak n. p. owrzodzenia lub ropienia skóry w odnośnem miejscu, rozległe zbliznowacenia po dawniej przebytych chorobach, nowotwory, rozwijające się przed szyją macicy lub w niej samej i inne podobne, nieobliczalne przypadki. Jak one są rzadkie, dowodzi fakt, że w całem dotychczasowem piśmiennictwie nie znalazłem przypadku, w którym zamierzone cięcie zewnątrzotrzewne nie dało się przeprowadzić, cięcie przezotrzewne szyjne nie było także możliwe i w którym musiano dokończyć operacyi sposobem klasycznym. Że jednak zdarzyć się to może, świadczy przypadek z mej własnej praktyki, który chciałbym tu opisać.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dermatologische Studien. Tom II. Wydawnictwo poświęcone Prof. P. G. Unnie przez przyjaciół i uczniów. Hamburg, L. Voss. 1911.

Abel R. **O obowiązku szczepienia i ochronie przed ospą.**

Aschoff L. **O stłuszczeniu cholesterynowem u człowieka.** A. doszedł już dawniej do wniosku, że wszystkie stłuszczenia narządów mogą być dwojakie (Glyzerinester-u. Cholesterinesterverfettung). Cholesterynowe stłuszczenie obejmuje większość wszystkich zaburzeń w przemianie lipoidów (myeline Degeneration, Protagondegeneration i t. p.). Autor omawia głównie przemianę w kępkach żółtych (xanthoma) i stwierdza, że po badaniach Picka, Pinkusa i innych nie można wątpić, iż komórki kępek (Xanthomzellen) nie są niczem innem, jak komórkami tkanki łącznej lub naskórka, zawierającemi cholesterynę. Kępki na powiekach są zmianą miejscową, w której komórki tkanki łącznej wydzielają estry kwasu tłuszczowego cholesteryny, uogólniające się zaś żółte kępki są następstwem obecności cholesteryny we krwi, wiodącej do złożenia estrów cholesteryny w komórkach skóry.

Broers I. **Niezwykły przypadek liszaja czerwonego.** Liszaj ten, na goleniach, należał do postaci brodawkowej bez wybitnych znamiennych znaków.

Notthafft. **Lichen atypicus.** Autor opisuje u dwu młodych kobiet guzkowate wysypki, których nie można było podciągnąć pod żadną znaną postać liszaja czerwonego i które opierały się leczeniu. Badanie histologiczne wykazało także pewne różnice tak, że w całości należały te wykwity do nieznanego typu chorobowego, dla którego za najodpowiedniejszą uważa autor nazwę: »lichen simplex chronicus«.

Nonne M. **Wczesne rozpoznanie niedołęstwa poraźnego.** W przypadkach typowych tego cierpienia rozpoznanie jest zazwyczaj łatwe, ale wiadomo, że przypadki nietypowe są częstsze, podobnie jak niezupełne obrazy wiądu rdzenia. W praktyce trzeba przedewszystkiem uważać zmiany w źrenicach obok objawów ze strony układu nerwowego przy kile w wywiadach za bardzo podejrzane. Przytem autor zwraca uwagę na cztery odczyny: badanie limfocytów w płynie mózgowordzeniowym, powiększenie globulin i odczyn Wassermanna, tak w tymże płynie, jak i we krwi. N. dochodzi zatem do wniosku, że odczyny powyższe potwierdzić mogą rozpoznanie w przypadkach wątpliwych, co jest wielkim postępem.

Dalla Favera. **O t. zw. botryomycosis u ludzi.**

Rausch. **O przyrządzie ssąco-przepłukującym w leczeniu wiewióra przewlekłego.** Opis przyrządu, który wciąga wydzielinę z cewki i jej gruczołów, a zarazem służy do przepłukiwania przewodu cewkowego.

Much H. **Co uzyskano dotąd przez odkrycie postaci ziarenkowej prątka gruźliczego?** Niektórym autorom (Weiss, Doutrelepont i Krüger) udało się wykazać tę postać zarazka gruźliczego we wszystkich przez nich badanych przypadkach tocznia, najczęściej w postaci ziarn Mucha. Obecnie zależy na tem, aby znaleść je także w t. zw. tuberkulidach, które przeszczepione na zwierzęta, nie wywołują gruźlicy. Doutrelepont odnosi tę niemożność przeszczepiania do małej ilości zarazka; Much zaś sądzi, że tłomaczenie to nie jest wystarczające i że przyczyną jest raczej osłabiony zarazek, a ziarna, znajdowane w takich przypadkach, mogą pochodzić z prątków gruźliczych, ale mogą być obumarłe.

Urban G. **O doszczętnem leczeniu tocznia.** Autor przemawia za leczeniem chirurgicznem tocznia, t. j. wycięciem ogniska i plastycznem pokryciem ubytku. Ze względu jednak na to, że w wielu przypadkach leczenie takie jest niemożliwe, zaleca obok tego żegadło Paquelina.

Karo W. **Leczenie swoiste gruźlicy nerek.** Autor robił doświadczenia w gruźliczych schorzeniach dróg moczowych z wstrzykiwaniem tuberkuliny i podawaniem istniejących od niedawna przetworów tuberkulinowych (tubertoksyl, tubertoksyl-duodenal, tuberkinin) wewnętrznie. Na mocy 11 przypadków twierdzi, że przed zabiegiem chirurgicznym powinno się próbować powyższego leczenia swoistego, które daje nierzadko pomyślne wyniki.

Moberg L. **Przypadek samotnego mięśniaka skóry**

Przypadek dotyczył 23-letniej kobiety, u której powstał drobny guzek na skórze uda, złożony z włókien mięsnych gładkich, odznaczający się dość znaczną bolesnością.

Wulff P. **Guz cewki moczowej u 3-letniego chłopca.** Guz wielkości wiśni znajdował się, osadzony na szypule, w tylnej części cewki moczowej i zatykał czasowo wewnętrzne ujście cewki. Usunięty drogą operacyjną, okazał w mikroskopie budowę włóknisto-mięśniakową.

Chrzelitzer O. **O ogólnem zakażeniu wiewiórowem.** Jeden przypadek autora dotyczył 25-letniego mężczyzny, u którego w 12 dni po spółkowaniu wystąpiła wysypka na skórze obok ciężkich objawów ogólnych i wysokiej gorączki. Nad koniuszkiem serca pojawił się szmer skurczowy, śledziona była powiększona, a gruczoły chłonne pachwinowe powiększone i bolesne, równocześnie zaś stwierdzono obrzęk i bolesność ścięgna Achillesa. Wysypka była w jednych miejscach pokrzywkowa, w innych plamista, a nawet drobnopęcherzykowa, na kończynach dolnych zaś w postaci rumienia guzowatego. Dwoinki Neissera wykazano nietylko w wydzielinie cewki i sterczu, ale i w ropie z gruczołów chłonnych, jakoteż w ropniu ścięgna Achillesa. Z krwi wziętej z żyły ramieniowej wyhodowano również dwoinki wiewiórowe. W drugim opisanym przypadku wiewióra przedniej i tylnej części cewki moczowej wystąpił typowy półpasiec wzdłuż nerwu kulszowego. W przebiegu następnego wiewióra u tego samego chorego pojawił się podobny objaw wzdłuż tego samego nerwu.

Prochownik L. **Czyrakowatość sromu przed miesiączką na tle wiewióra.** W 7 przypadkach czyrakowatości sromu istniała łączność tych objawów z ciężkiemi schorzeniami części rodnych wewnętrznych, gdyż po ustąpieniu pojawiały się czyraki nanowo w okresach nawrotów lub zaostrzeń. Niezwykłem było występowanie przed miesiączką i szybki rozwój czyraków głębokich.

Liesegang R. **Nieco z chemii kolloidów skóry.**

Runge i Goerbing. **Hydroliza mydeł.**

Merian L. **Znaczenie ziarn keratynowych Ernsta.** Na podstawie badań histologicznych i chemicznych dochodzi autor do wniosku, że ziarenka Ernsta i Rauscha, znalezione na komórkach zrogowaciałego naskórka, leżą najprawdopodobniej w środku komórki i są produktem rogowacenia, chociaż nie są substancyą rogową.

Bochhardt M. **Bakteryurya przy zapaleniu zaułków Skenego.**

Fürst M. **Stosunek lekarza szkolnego do zapobiegania chorobom skórnym.** Zestawiając częstość chorób skórnych u dzieci w szkołach hamburskich, zastanawia się autor nad ważnością badań i zadaniami lekarza szkolnego w tym kierunku.

Dreuw. **White spot disease czy twardziel skóry.** Autor opisuje przypadek, »white spot disease«, należący do grupy twardzieli skóry.

Cranstow Low. **Onychomycosis.** Autor opisuje 19 przypadków schorzeń paznokci na tle grzybów (trichophyton, favus). Częściej spotyka się te schorzenia u kobiet. Ważnym szczegółem w rozpoznawaniu jest pękanie wolnego brzegu paznokcia i zmieniona barwa, od żółtej aż do czarnej. Leczenie zapomocą ung. hydrarg. ammon. i jodkiem potasu obok sublimatu nie dawało dobrych wyników.

Heuss E. **O leczeniu zapomocą radu.**

Saenger A. **O zgorzeli umiarowej.** Autor opisuje jeden z rzadkich przypadków choroby Raynauda, zajmującej u 11-letniego chłopca małżowiny uszne. Badanie neurologiczne wykazało wzmożenie wszelkich odruchów. S. tłómaczy objawy tego schorzenia powstawaniem pobudzenia ośrodków naczynioruchowych w odcinkach szyjnych, w szczególności w tylnych i bocznych częściach substancyi szarej. Przez przenoszenie się podrażnienia na niezbyt odległe jądro nerwu błędnego dają się wytłomaczyć pojawiające się w przebiegu tego przypadku wymioty. W drugim przypadku, zgorzeli obu nóg, stwierdził S. rozmiękninie części krzyżowej rdzenia, sądzi zatem, że pierwotnem miejscem uszkodzenia urazowego mogła być ta część rdzenia, a w następstwie mógł powstać skurcz naczyń przez podrażnienie nerwów naczynioworuchowych, w tem miejscu istniejących.

Unna P. jun. **Mikrochemia prątków trądu.**

Franke E. **O zmianach naskórka rogówki w powierzchownych jej schorzeniach.**

Pappenheim A. **Trzy nowe metody barwienia.**

Plaut H. C. **O wykazywaniu grzybów w skórze.** Autor podaje praktyczne wskazówki przy badaniu łusek i włosów dla wykazania obecności grzybów i opis hodowania ich w wilgotnych komorach pod szkiełkiem. W dalszym ciągu wskazuje na ważne znamiona kliniczne przy rozpoznawaniu rodzaju grzyba u dzieci i u dorosłych bez badań mikroskopowych i bakteryologicznych.

Jordan A. **Przypadek samoistnego zaniku skóry.** U 53-letniej chorej wystąpiły zmiany najpierw na kończynach górnych, później i na reszcie ciała, jako następstwa działania silnego mrozu podczas dłuższej jazdy. Przypadek był i skutkiem tego niezwykły, że wystąpił zanik różnych grup mięśniowych.

Trömmer E. **Kiła nerwów we wczesnym okresie choroby.** Jeden przypadek dotyczył 21-letniego mężczyzny, który w $4^1/_2$ miesiąca po zakażeniu doznał napadu udarowego. W dwa miesiące później wykazano prawostronne porażenie z zajęciem n. twarzowego. Obok tego istniały i lekkie zboczenia psychiczne. W drugim przypadku wystąpiło zapalenie opon mózgowych jeszcze przed wybuchem wysypki drugorzędnej. Chociaż obraz chorobowy był podobny do zapalenia gruźliczego opon, to jednak przebieg i wynik leczenia dowodził, że sprawa była na tle kiły. Trzeci przypadek dotyczył wczesnego wystąpienia zapalenia nerwów (polyneuritis).

Deneke Th. **Objawy kliniczne kiłowego zapalenia tętnicy głównej** (aortitis luetica). Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi autor do wniosków następujących: 1. Odczyn Wassermanna i badanie promieniami Roentgena wykazują, że kiłowe schorzenia tętnicy głównej są częstsze, niż przypuszcza się zazwyczaj, i że stanowią jeden z najczęstszych objawów kiły późnej, wiodących do zejścia śmiertelnego. 2. Schorzenie to ujawnia się najpierw objawami niedomykalności, wiodąc później do tętniaków. 3. Więcej niż $^3/_4$ wszystkich przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej odnieść należy do kiły. 4. To schorzenie kiłowe może dotyczyć i tętnic wieńcowych, to też przeważna część przypadków dusznicy bolesnej i porażenia serca u ludzi poniżej 55. roku życia ma za przyczynę kiłę.

Rille. **O działaniu hermofenylu w kile.** Z doświadczeń z tym przetworem rtęciowym (Quecksilbernatriumphenoldisulfat) dochodzi R. do wniosku, że działanie jego jest niepewne i nietrwałe, a dawki wyższe wywołują podrażnienie nerek; dlatego sądzi, że można go stosować (0·02 pro dosi) tylko jako leczenie słabe.

Rumpel Th. **O wysypce plamistej w schorzeniach grypowych i ciężkich zakażeniach jelit.** Podczas nagminnego panowania grypy spostrzegał R. w małej ilości przypadków w 1 — 2. dniu choroby plamy, występujące wraz z obrzękiem twarzy i spojówek i przechodzące na szyję, piersi i brzuch, ramiona i uda w postaci plam nieco nad powierzchnię wyniosłych, ze skłonnością do zlewania się na całej powierzchni skóry. Wysypka trwała od 3—7 dni, czasem w końcu łuszczyła się. Podobne wysypki spostrzegał autor w jednym odsetku przypadków cholery azyatyckiej, czasem i w przypadkach cholery swojskiej, a we wszystkich przypominały one wysypki po lekach lub po wstrzykiwaniu surowic.

Walker N. **O leczeniu raków rozwiniętych na toczniu** (lupus-carcinoma). W. opisuje dużo przypadków tego rodzaju i twierdzi, że usunięcie nowotworu zabiegiem krwawym daje w tych przypadkach znaczny odsetek śmiertelności, dlatego radzi wyskrobanie, a następnie przypalenie kwasem chromowym lub kwasem arsenowym, tym drugim szczególnie wtedy, gdy nie udaje się wyskrobanie całej powierzchni.

Uhlenhuth i Mulzer. **O doświadczalnej kile u królików.** Z doświadczeń przedsiębranych na bardzo wielką skalę wynika, że uogólnienie się jadu kiłowego u królików można wywołać przez wstrzykiwanie do żył lub do serca dużej ilości materyału, zawierającego krętki kiłowe.

Fülleborn F. **Przyczynki kazuistyczne do patologii wrzodów krajów ciepłych.**

Bayet A. **Rad w dermatologii.** Bayet opisuje liczne przypadki wyprysku, łuszczycy, półpaśca, naczyniaków, brodawczaków, nabłoniaków, mięsaków, bliznowców i tocznia, leczone nowymi przyrządami (à vernis collé) z szybkim i pomyślnym wynikiem.

Jacquet i Decelle. **O wyłysieniu plackowatem na tle zboczeń zębów.** Autorowie przytaczają przypadek, który ma potwierdzać teoryę Jacqueta o łączności łysiny plackowatej ze schorzeniem zębów. Wedle autorów istnieje zbiór objawów, wywołany przez jakieś organiczne podrażnienia, wychodzące z pewnych narządów: układu nerwowego, narządu pokarmowego, oddechowego, płciowego, nosowousznogardłowego, szczególnie jednak od uzębienia. Pobudki te są wtedy chorobotwórcze i wywołują wyłysienie, gdy skóra owłosiona ma pewne usposobienie na podstawie całego szeregu stanów. Ta skłonność skóry może być wywołana przez stany ogólne, zboczenia w składzie krwi, zakażenia, wstrząsy nerwowe itp. Szczególnie silnie działa suma równoczesnych podrażnień wewnętrznych i zewnętrznych.

Darier I. **Przyczynek do badań zapaleń rumieniowych** (erythrodermie) **wyprzedzających ziarniniaka grzybiastego.** Autor opisuje różne zapalenia rumieniowe, stwierdza jednak, że tylko te zasługują na nazwę »érythrodermie prémycosique«, które okazują budowę histologiczną ziarniniaka. Rozpoznanie kliniczne jest niezawsze łatwe, gdyż niejednokrotnie pojawiają się podobne zmiany w następstwie drapania lub innych czynników urazowych, a z drugiej strony zapalenia rumieniowe wyprzedzają czasami ziarniniaka bardzo znacznie bez wyraźnych jeszcze znamion tego schorzenia.

Heller I. **Odlew czaszki Homo Aurignacensis Hauseri** w porównaniu z czaszką z Neandertal.

Blaschko. A. **O nowotworach gruczołów potnych.** Autor rozróżnia 4 typy nowotworów tego rodzaju, z których jeden u 10-letniego chłopca opisuje szczegółowo. Badanie histologiczne wykazało budowę gruczołu potnego (hidrocystoma papilliferum).

Matzenauer R. **O wrodzonych przetokach cewki moczowej.**

Ehrmann S. **Porównanie tocznia Chillblaina z toczniem** (lupus pernio) **Besnier-Tennesona.** Ta druga postać tocznia nie jest jeszcze ogólnie uznana za gruźlicę skóry, chociaż wiele za tem przemawia; — pierwsza postać stanowi przejście między t. zw. tuberkulidami, a toczniem rumieniowym (l. erythematosus).

Kümmell H. **O leczeniu operacyjnem i swoistem gruźlicy nerek i pęcherza.**

Hodara M. **O rzadkim i atypowym przypadku epidermolysis bullosa** (Köbner).

Haas i Delbanco. **O dławcu otworu stolcowego.** Autorowie opisują przypadek tego rodzaju i dochodzą na mocy badań swoich i innych autorów do wniosku, że kał, zawierający prątki błonicze, może wywołać schorzenie swoiste tej części błony śluzowej i otaczającej skóry.

Dependorf T. **O występowaniu torbieli naskórkowych w dziąsłach osesków.** Znajomość tych tworów naskórkowych ważna jest z tego względu, że, gdy dochodzi niekiedy do pęknięcia takich torbieli, można je pomieszać z pleśniawkami lub innemi sprawami wrzodziejącemi dziąseł. Z badań autora wynika, że torbiele te powstawać mogą w różny sposób, podobnie jak perły naskórka, opisane przez Epsteina w podniebieniu twardem, gdyż każde sfałdowanie naskórka w tkance łącznej, każde wgłobienie może być przyczyną tego rodzaju nowotworu.

Delbanco E. **Rak pierwotny cewki moczowej męskiej.** D. opisuje guz wielkości orzecha laskowego w części wiszącej prącia; chory szukał porady dopiero wtedy, gdy obrzękły znacznie sąsiednie gruczoły chłonne.

F. Krzyształowicz.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe narzędzia:

1) Chronograf (pulsometer), zegarek do dokładnego mierzenia liczby tętna. 2) Składany stetoskop Böhlera. 3) Przyrządzik Kahna z Londynu, prawie niewidoczny, do przytrzymywania odstających uszów. 4) Przyrząd do ułatwiania głębokiego oddechu firmy Loest w Duderstadt. 5) Zupełnie nie drażniące przylepce kauczukowe (kwasy żywiczne zastąpione estrami) Baermanna. 6) Przyrząd wyciągowy do kończyny dolnej, dający się z chorym przenosić poza łóżko, podał Lampe. 7) Drewniane kleszcze do wyciągania języka u nieprzytomnych podał Sillevis. 8) Rozszerzadła maciczne Jollyego. 9) Imadło Jollyego (otwiera się i zamyka bez zmiany położenia palców). 10) Tanie słuchawki drewniane (10 sztuk 5 marek). do niszczenia po użyciu u chorych zakaźnych podał Betz. K.

Nadzwyczajne wyniki szwu naczyń ogłasza znowu Carrel. Wyciął on u suki jedną nerkę, w pewien czas wszył ją z powrotem, w 2 tygodnie wyciął na stałe drugą nerkę i zwierzę zupełnie to dobrze zniosło. Wycięty otwór aorty załatał płatkiem gumy. W 4 miesiące potem przekonał się, że guma pokryta została od wewnątrz błoną wewnętrzną, a od zewnątrz błoną zewnętrzną tętnicy. (Journ. f. exper. Med. 1911 Nr 2). A.

Włos kobiecy uważa Sofoteroff za najlepszy materyał do szwu naczyń krwionośnych. Odczyszcza się go mechanicznie mydłem i szczotką, gotuje w sodzie i przechowuje w parafinie. (Zentrbl. f. Chir. 1911, Nr 21). A.

Krwotoki z mniejszych naczyń tamuje Hoffmann w ten sposób, że przez leżące na naczyniu szczypczyki Péana przepuszcza silny prąd elektryczny. (Beitr. zur kl. Chir. 72. I). A.

Do odkażania rąk zaleca Lehmann tribromnaftolalkohol. (Beiträge Brunsa 74). K.

Rękawiczki gumowe wyjaławia B. Kozłowski przez gotowanie ich 15—20 minut w 1% roztworze mydła lub spirytusu mydlanego. (Münch. med. Woch. 1911, Nr 51). A.

Leczenie radem nowotworów, zwłaszcza nie nadających się do operacyi, jakoteż leczenie zapobiegawcze po operacyi doszczętnej lub częściowej powinno być podług Finziego zawsze stosowane. Leczył on w ten sposób 100 chorych, u 12% osiągnął nawet zupełne zniknięcie nowotworów, u 62% poprawę, zwłaszcza podmiotową, a tylko u $^1/_4$ chorych żadnego skutku nie było. (Lancet 20. V). A.

Do leczenia raka zalecił Oestreich wyrabiany przez firmę Riedel środek »antituman« (chondroitinschwefelsaures Natrium). (Zeitschr. f. Krebsforsch. 1911, I—II). A.

Przy przewlekłych odmrożeniach skóry zaleca Unna na noc smarowanie: »Rp. Sapon. virid. 4,0. collodii 20,0. (Berl. klin. Woch. Nr 40). A.

Przy róży zaleca Kraemer lewatywy z kollargolu w razie, jeżeli sprawa przybiera charakter septyczny. (Münch. med. Woch. 1911. Nr 47). A.

Przeciwko odleżynie zaleca Zweig ułożenie obnażonej odpowiedniej części ciała na t. zw. wacie drzewnej impregnowanej sublimatem. (Deutsch. med. Woch. 1911, 37). A.

Doświadczalnie uzyskał wole Bircher u 120 szczurów przez pojenie ich wodą z okolic, gdzie panuje wole endemicznie. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 112. IV—VI). A.

Przy porażeniach nerwu zwrotnego uzyskuje dobre wyniki Brünings zapomocą wstrzykiwania parafiny w struny głosowe. (Verhandl. d. Ver. D. Laryngol. Frankfurt 1911. S. 525). A.

Przy leczeniu zniekształtniającego zapalenia stawów podaje Nathan miesiącami grasicę i uzyskuje przytem podobno dobre wyniki. (Journ. Amer. med. Assoc. 56, 1911. I). A.

Rwę kulszową leczy Haidenhain ze skutkiem wstrzykiwaniami wodnego rozczynu antypiryny wprost w pień nerwowy. Zwykle trzy wstrzykiwania wystarczają. Po wstrzyknięciu występuje chwilowy silny ból. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr 46). A.

Skrzywienie kręgosłupa występuje podług Kirscha niemal w 5% już u dzieci przy końcu pierwszego roku życia, tak, że niesłusznie obwinia się potem o nie zawsze szkołę. Dzieci badać należy, położywszy je na brzuchu. (Jahrb. f. Kinderheilk. 4). A.

Apteczna woda przekroplona zawiera podług Müllera mnóstwo drobnoustrojów i do wstrzykiwań nietylko się nie nadaje, ale może być niebezpieczną dla życia. Dlatego zawsze należy zapisywać do tych celów wodę przekroplona i następnie wyjałowioną. (Münch. med. Woch. 1911, Nr 51). A.

Dane co do oznaczania ilości surowicy, potrzebnej w błonicy, podaje Fedinsky z Moskwy. W błonicy lekkiej wystarcza 1500—2000 jednostek, w rozlanej 2000—6000, gdy wstrzykuje się w późniejszych okresach aż do 12000, a przy obrzęku tkanki podskórnej szyi naraz nawet 15.000—20.000 (i dodatek adrenaliny 1 cm^3 rozczynu 1:1000 w 19 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli). (Jahrb. f. Kinderheilk. 74. III). A.

Surowice przeciwko zatruciu kiełbasianemu i ukąszeniu węży znajdują coraz szersze zastosowanie. Zatrucie kiełbasiane (botulismus) cechują: ślinotok albo suchość ust i gardła, porażenie mięśni oka, zatrzymanie moczu i stolca, brak apetytu, porażenie opuszkowe i t. p. Ostatnie próby z surowicą przeciw temu zatruciu, podjęte w Berlinie, wypadły jednak wątpliwie. Surowicę przeciwko ukąszeniu wężów poleca głównie Calmette. Rzeczywiście oddała ona już nieraz cenne usługi. Dawka 10 cm^3. O ile zastosuje się ją nie później, jak w 2 godziny po ukąszeniu, działa bardzo pewnie. (Med. Klin. 1911, Nr 4). A.

W leczeniu zapalenia płuc odrzuca Löwenstein naparstnicę, a natomiast zachwala kofeinę. Próby leczenia dużemi dawkami naparstnicy wypadły ujemnie, a nawet wywoływały objawy zatrucia i zapady. (Med. Klin. 1911, Nr 4). A.

Ciekawe badania nad durem plamistym podaje Nicolle. Chorobę przenieść można z człowieka na szympansa i świnkę morską (choć i u innych małp przeniesienie także się udaje, ale szympans jest najczulszy). Surowica małp i człowieka po przebyciu choroby okazuje wybitne lecznicze działanie w durze. Działanie to najsilniejsze jest w 10—12 dni po spadku gorączki, a znika po 20 dniach. Choroba przenosi się za pośrednictwem pasorzytów człowieka, zwłaszcza wszy, co i doświadczalnie u małp można wykazać. U dzieci dur przebiega zwykle łagodnie i nieraz dlatego przenoszą one zarazę. (Annal. de l'Inst. Pasteur. Styczeń—luty 1911). A.

Endemiczne występowanie tężyczki spostrzegał w Indyach Carrison. Występuje ona na wiosnę w okolicach, gdzie częste jest wole, u kobiet zwykle w czasie miesiączki, ciąży lub karmienia Napady powtarzają się co wiosnę, ustają w lecie. Leczniczo działa dobrze rzewień, kalomel i tymol, co przemawia za jelitowem pochodzeniem tężyczki przy współudziale zmian tarczycy. (Lancet 10. VI). A.

U pracujących przy telegrafie bez drutu występuje bardzo często podług Peyrelinguea niedokrwistość, a to wskutek pracy w przestrzeni małej, źle wentylowanej a bardzo ogrzanej (na okrętach), wydobywania się par połączeń azotowych, pracy siedzącej i ucisku hełmu na głowę. (Sem. med. Nr 47). A.

Diplosal stosował Schwenk w szeregu przypadków zapalenia pęcherza, zapalenia cewki moczowej (wiewiórowego i niewiewiórowego) i zapalenia miedniczek nerkowych, zachęcony dobrymi wynikami, uzyskanymi przez Minkowskyego i Schläfliego. Wyniki były korzystne. Również użytecznym okazał się diplosal w ostrym wiewiórze cewki, usuwając rychło parcie na mocz, który się wkrótce wyjaśniał. Schwenk podaje diplosal także zapobiegawczo przy wiewiórze przedniej części cewki, aby przeszkodzić szerzeniu się sprawy na część tylną. Ubocznych działań nie zauważył. Bh.

Pituitrynę zaleca Schmid jako pobudzającą znakomicie bóle porodowe, tak że nieraz zastąpić może ona kleszcze, zwłaszcza jeżeli osłabienie bólu wystąpiło po narkotyku. Pituitryna nigdy nie wywołuje kurczu stałego, jak sporysz. (Tow. lek. niem. Praga XII. 1911). A.

Przeciwko świerzbowi zaleca Neuberger ristin, środek niedrogi, bezwonny i bezbarwny. (Münch. med. Woch. 1911, Nr 58). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 5. lutego 1912.

1) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy wykonanej z p. C. A. Jacobsonem: **Metody oznaczania ilościowego neochlorofilu obok allochlorofilu.**

2) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę własną: **O zmianach degeneracyjnych w jądrach niedojrzałych jajek.**

Autor spostrzegał, iż przy pobudzaniu jajek do rozwoju partenogenetycznego wodą morską z dodatkiem chlorku potasu, pewna część jajek nie rozwijała się i nie wydzielała wcale ciałek kierunkowych. W niektórych z tych jajek z zachowanem pęcherzykowatem jądrem, jądra ulegały charakterystycznym zmianom, mianowicie skutkiem pęknięcia czy zaniku opony jądrowej treść jądra dostawała się do plazmy, opona jądrowa znikała, sok jądrowy mieszał się z plazmą, a grupy czworacze chromatynowe, znalazłszy się w plazmie, tworzyły pęcherzykowate jądra, których ilość zazwyczaj odpowiadała ilości grup czworaczych chromatynowych; było ich dwanaście. Jąderko zachowywało się obok tych jąder przez bardzo długi czas. Wystę-

powanie treści jądra do plazmy autor sprowadza do procesu wymiany materyi między jądrem a plazmą, do występowania cząstek jądrowych przez oponę jądrową; jednakże przy tych doświadczeniach skutkiem zadziałania płynu hypertonicznego opona jądrowa ulegała zmianom i dlatego, przy prawidłowem zresztą występowaniu cząsteczek jądrowych, ulegała pęknięciu lub zanikowi.

(Oprócz tego przedstawiono 5 prac, których przedmiot przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 6 grudnia 1911 r.

1. Kol. Goldberg przedstawił: 1) dziecko **z porażeniem splotu barkowego** i zwichnięciem (?) wrodzonem stawu ramieniowego; 2) 75-letniego mężczyznę, u którego dokonał **usunięcia** przerosłego **gruczołu krokowego** drogą nadłonową (pokaz usuniętego narządu).

2. Kol. Goldman pokazał chorego, u którego z przyczyny bezustannych wymiotów, po części kałowych, był zmuszony dokonać laparatomii; 2 razy bezskutecznie, dopiero po dokonaniu tego zabiegu po raz trzeci i po przeszczepieniu wolnej powięzi — wynik zabiegu okazał się trwałym.

3. Kol. Sterling wypowiedział rzecz: **O sztucznej odmie piersiowej.** (Drukowane w »Przegl. i Czas. lekarskiem«, Nr 1 i następne).

Odczyt uzupełnił prelegent demonstracyą 4 chorych (3 mężczyzn i 1 kobiety), u których zastosowano sztuczną odmę opłucną, oraz pokazał 8 zdjęć rentgenograficznych, dokonanych przed i po zastosowaniu omawianego zabiegu.

4. Dyskusya nad odczytem kol. Silberstroma: **O anafilaksyi.**

Kol. Kaufman, nawiązując rzecz do odczytu, który wygłosił przed kilkoma tygodniami (»O samozatruciu podczas ciąży«), wspomniał o poglądach Thiera i Graefenberga, którzy przyczynę rzucawki upatrują w tem, że białko płodu zachowuje się względem ustroju matki, do którego przedostaje się przez łożysko, jak białko obcogatunkowe.

Kol. Birencweig zwraca uwagę prelegenta na to, że zmiany anatomo-patologiczne w przypadkach śmiertelnych wstrząsu anafilaktycznego, zwłaszcza w płucach, polegają nie na rozedmie płuc, lecz na rozszerzeniu naczyń włoskowatych, z zupełnym zanikiem pęcherzyków płucnych (Wolff-Eisner); że anafilaksyę powoduje wzmożona wrażliwość ośrodków naczynio-ruchowych nietylko splotu podbrzusznego. Zdaniem kol. Birencweiga, pogląd prelegenta, że świerzbiączkę tłumaczyć można jako objaw anafilaksyi, ma dużo prawdopodobieństwa; spory kontyngens dotkniętych świerzbiączką stanowią dzieci, karmione flaszką. Pokrzywka stanowi jeden z objawów świerzbiączki; cierpienie cechuje wysoka pobudliwość ośrodków naczynio-ruchowych, jak skłonność do biegunek i cierpień dróg oddechowych. Kol. B. zaznacza, że w latach 1899—1904 przy leczeniu przymiotu wstrzykiwał rozczyny soli rtęciowych w białku kurzem, peptonie oraz somatozie, nie spostrzegał jednak nigdy objawów, znanych obecnie pod nazwą anafilaksyi. Dawki białka, peptonu i t. d. wynosiły 0,04, chorzy znosili dobrze wstrzykiwania, których liczba dochodziła do 20—30.

Kol. Perlis twierdzi, że wyrażenie »parenteralny« nie jest dosyć ścisłe i przytacza przypadek anafilaksyi, wywołanej przez wprowadzenie białka do odbytnicy, a więc, zdaniem kol. P., anafilaksya nie zawsze wywołuje się produktami karmienia parenteralnego.

Kol. Sonnenberg z przyczyny wypowiedzenia przez prelegenta poglądu, iż powodem świerzbiączki u dzieci jest szczepienie krowianki, zwraca uwagę na następujące fakty, a mianowicie: że liczba szczepionych jest bardzo znaczna, stanowi bowiem duży ułamek ludzkości, ilość zaś dotkniętych świerzbiączką w porównaniu z liczbą szczepionych — jest bardzo nieznaczna. To zestawienie nie przemawia na korzyść poglądu prelegenta. Aby pogląd prelegenta miał cechy prawdopodobieństwa, jest rzeczą niezbędną, by był poparty przez argumenty, naprzykład w rodzaju takiego, że u dzieci, którym krowianki nie szczepiono, nie spostrzega się świerzbiączki itd. Jeden taki argument, — gdyby się można było nań powołać — miałby dużą wartość. Zresztą, jeżeli szczepienie krowianki prelegent podniósł tu, jako moment, wywołujący uczulenie ustroju dziecięcia, które odtąd staje się nadwrażliwem na białko, to chwil takich w zaraniu życia jest więcej, naprzykład zapadanie na choroby zakaźne, jak np. odrę. Co się tyczy świerzbiączki, to dotychczas pogląd, upatrujący przyczynę świerzbiączki w zaburzeniach przewodu pokarmowego u dzieci, można — zdaniem Sonnenberga — pogodzić z nowoczesnemi pojęciami nauki odporności, a mianowicie z poglądami o anafilaksyi, jeżeli przez anafilaksyę rozumieć będziemy wprowadzenie obcego białka nietylko wprost do obiegu krwi, lecz i przez uszkodzony (zaburzenia) przewód pokarmowy. Mechanizm byłby następujący: Wprowadzone do przewodu pokarmowego białko przedostaje się w stanie nieprzeistoczonym, jako białko heterologiczne, obce, do obiegu krwi, odruchowo drażni układ nerwowy, na co skóra odpowiada odczynem swoistym w postaci pokrzywki.

Kol. Lipszyc zauważył, że stosunek pokrzywek i świerzbiączki do anafilaksyi został już podniesiony przez Brucka, oraz zwraca uwagę na to, że na świerzbiączkę zapadają również dzieci, karmione wyłącznie piersią.— Kol. Mogilnicki utrzymuje, że świerzbiączka bywa spostrzegana u dzieci przed szczepieniem ospy i że po szczepieniu pogarsza się.— Kol. Łukasiewicz zapytuje, jaki jest stosunek anafilaksyi do idyosynkrazyi?

Kol. Szwarcwasser mówi o 2 teoryach Friedbergera, o anafilaksyi histogenetycznej i humoralnej. Według pierwszej teoryi (1909) wstrząs anafilaktyczny powstaje wówczas, kiedy wskutek przewagi receptorów, siedzących na komórkach nad receptorami wolnymi, przeważna ilość białka powtórnej injekcyi utrwalona zostaje w komórkach wyższej wartości życiowej. Według drugiej teoryi (1910) wstrząs powstaje wskutek połączenia się wartości precypityny z wywoływaczem, przeważnie we krwi, przyczem rolę rozstrzygającą odgrywa tu dopełniacz, który z systemu »białko-precypityna« tworzy anafilatoksynę, t. j. produkt pośredni między złożoną molekułą białkową, a stosunkowo prostszą kwasów aminowych. Dalej polemizuje kol. Sz. z prelegentem co do twierdzenia tegoż, iż anafilaksya jest czemś pokrewnem z idyosynkrazyą. Zdaniem kol. Sz. raczej odwrotne twierdzenie miałoby racyę bytu.

Kol. Silberstrom zaznacza w odpowiedzi kol. Sonenbergowi: Działanie anafilaktyczne, powodujące świerzbiączkę, prelegent przypisuje nie zarazkowi szczepionki, lecz surowicy cielęcej, która przy szczepieniu zostaje wprowadzona do obiegu krwi, a jest wystarczająca do uczulenia ustroju, który odtąd staje się nadwrażliwym na białko krowie, wprowadzone »per os« przy karmieniu mlekiem krowiem. Pokrzywki, która się zjawia między 8—12. dniem po szczepieniu większą ilością krowianki, prelegent nie uważa za swoistą krowiankową, lecz za wysypkę posurowiczą, t. j. za wywołaną przez surowicę cielęcą. Nawraca ona u dzieci, karmionych obok piersi mlekiem krowiem, potęguje się, gdy dziecko zostaje odstawione od piersi i odżywia się wyłącznie i obficie mlekiem krowiem. Cierpienie to trwa do chwili, kiedy przechodzi się do normy odżywiania ludzi dorosłych, t. j. mniej wprowadza się mleka. Świerzbiączkę po szczepieniu nabywa tylko pewien mały odłam dzieci, dotkniętych — jak to zresztą słusznie podniósł kol. Sonenberg — zaburzeniami przewodu pokarmowego, u których prawdopodobnie istnieje częściowa nieprawidłowa przepuszczalność ściany jelit względem nierozłożonego białka surowicy mlecznej, która, dostawszy się do obiegu krwi (dzieci nadwrażliwych na białko krowie), wytwarza za każdym ra-

zem świeżą dawkę jadu anafilaktycznego, powodującego wtórne wysypki pokrzywkowe. Wyższy stopień niedomogi ścianki jelit da nie świerzbiączkę, lecz objawy mocnego zatrucia mlekiem krowiem, t. j. tak zw. idyosynkrazyę dzieci na mleko krowie, która nie jest niczem innem, jak nadwrażliwością nabytą, czyli anafilaksyą. Odra, lub inne sprawy zakaźne, o których wspomina kol. Sonnenberg, nie mogą dać uczulenia na białko krowie, ponieważ pierwiastki zakaźne tych chorób składają się z innych substancyi proteinowych. Kol. Perlisowi prelegent odpowiada, że przytoczony przez kol. P. przypadek anafilaksyi od białka, wprowadzonego przez odbytnicę, jest oczywiście tylko częściowem zjawiskiem anafilaksyi, otrzymywanej drogą enteralną. Co do uwagi kol. Lipszyca, że na świerzbiączkę chorują również dzieci, karmione piersią, prelegent odpowiada, że większość matek dokarmia niemowlęta w drugiem półroczu mlekiem krowiem. Aby obalić powyższe przypuszczenia, należałoby w tym kierunku przeprowadzić obserwacye ścisłe, tj. wykluczyć zupełnie mleko krowie. Doświadczenia kol. Birencweiga z podskórnemi wstrzykiwaniami substancyi białkowych, przy których anafilaksyi nie otrzymywał, są niewystarczające. Substancye białkowe przy wstrzykiwaniu jednokrotnem i podskórnem dają anafilaksyę bardzo rzadko i w dodatku słabą. Własności trujące przy wstrzykiwaniach posiadają w wysokim stopniu tylko peptony o budowie molekularnej wyższej, jak np. pepton Witta. Zdanie kol. Kaufmana o heterologicznym charakterze komórek rozrodczych względem ustroju, który je wytwarza, znajduje zupełne potwierdzenie w ostatniej pracy Graefenberga i Thiesa, dowodzących, że nasienie męzkie i ciała szkliste w oku zachowują się jak substancye białkowe obcogatunkowe. Kolegom Szwarcwaserowi i Łukasiewiczowi odpowiada prelegent następująco: W sprawie stosunku idyosynkrazyi do anafilaksyi prelegent zauważył, że doświadczenia Bruckera z surowicą osób, cierpiących na idyosynkrazyę do pewnych pokarmów lub środków leczniczych, zapomocą której wywoływał u zwierząt nadwrażliwość na te same substancye w postaci zjawiska anafilaksyi biernej, że doświadczenia te sprawiły, iż powinowactwo idyosynkrazyi do anafilaksyi stało się faktem naukowo ustalonym. Co do uwagi kol. Sz. o opuszczeniu przez prelegenta histogenetycznej teoryi anafilaksyi, prelegent oświadcza, że pragnąc dać całokształt pojęcia o nauce anafilaksyi w obecnej dobie jej rozwoju, nie rozpatrywał teoryi, które straciły wobec szerszych badań racyę bytu. Prace nad anafilaksyą bierną dowiodły, że łączenie się białka z jego niwecznikiem (anticorps) i odszczepienie jadu anafilaktycznego odbywają się we krwi, a zatem hipoteza o istnieniu chwytników w komórkach okazała się zbyteczną.

E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

78. Ogólne Zebranie w dniu 30. grudnia 1912 r.

Obecnych 16 członków i kol. Bączkiewicz z Warszawy.

1) Kol. Fidler wita kol. Bączkiewicza, który przyjechał na Zebranie, zaproszony celem przyjęcia udziału w dyskusyi nad budową szpitala dziecięcego w Radomiu.

2) Na Przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Fidler.

3) Kol. Sekretarz odczytuje protokół poprzedniego Zebrania, który przyjęto.

4) Kol. przewodniczący odczytuje korespondencyę i list Prezesa Izby adwokackiej w Radomiu, z zawiadomieniem o wydelegowaniu trzech przedstawicieli adwokatury Radomskiej na posiedzenie Zarządu naszego Towarzystwa w dniu 6. stycznia 1912 r. celem omówienia niektórych spraw sądowo-lekarskich; list magistratu m. Radomia z prośbą o wyszukanie odpowiedniego pomieszczenia pod szpital tymczasowy na wypadek zjawienia się w Radomiu dżumy lub cholery; list mec. Olszowskiego, tyczący się budowy szpitala dziecięcego w Radomiu, poczem kol. Przewodniczący prosi zebranych o wybór trzech członków Towarzystwa na posiedzenie 22 stycznia b. r. wspólne z członkami zarządu mającego powstać szpitala dziecięcego. — Wybrani zostali: koledzy Fidler, Pełczyński i Przyłęcki.

5) Kol. Przewodniczący otwiera dyskusyę nad **budową szpitala dziecięcego** w Radomiu i daje głos kol. Bączkiewiczowi, który winszuje Radomiowi tak wspaniałego zapisu, dodając, że suma 271.000 rubli nie może być jednak uważana za zbyt wielką, zważywszy, że znaczna część tych funduszów musi być obracana na utrzymanie szpitala. W dłuższem, nader sumiennem, szczegółowem, popartem przedstawieniem planów, przemówieniu daje kol. Bączkiewicz obraz wzorowego szpitala dziecięcego, zaznaczając, że rozmiar szpitala zależnym być musi od potrzeb Radomia i okolicy, oraz od ram, wskazanych przez fundusze. Jeżeli przyjmiemy koszt łóżeczka od 3—4 tysięcy rubli, to może być mowa o zbudowaniu szpitala na 30 łóżek, jeżeli zaś z tych lub innych względów budowa wypadnie taniej, to można pomyśleć o szpitalu na 50 łóżeczek, mając na uwadze, że zawsze będzie zarezerwowanego tyle miejsca na placu, iż zawsze będzie można rozszerzyć szpital. Ponieważ w Radomiu jest dużo szkół, wypadnie pomyśleć o oddzielnych pokoikach, zważywszy na młodzież zamożniejszą. Najważniejszą jednak rzeczą według kol. Bączkiewicza jest racyonalne, wygodne ambulatoryum, które nawet może być poza obrębem szpitala, n. p. w mieście, podczas gdy sam szpital prawie za miastem znajdować się będzie. Co do obejrzanego placu kol. Bączkiewicz wyraża się wogóle przychylnie, sądząc, że pewne usterki uda się usunąć zapomocą stosownych zarządzeń.

Pawilony chorób wewnętrznych, chirurgicznych, zaraźliwych, gospodarczy, kapliczka, prosektoryum i t. d., zostały przez kol. Bączkiewicza nader szczegółowo opisane i omówione na zasadzie własnego doświadczenia prelegenta oraz wzorów widzianych zagranicą. Co do instytutu szczepienia ospy i »kropli mleka«, to kol. B. stanowczo je odradza, uważając za niepraktyczne i nie nadające się do szpitala dziecięcego, gdzie całą troską lekarza naczelnego będzie walka z chorobami zaraźliwemi.

W dyskusyi brali udział prawie wszyscy obecni członkowie, a po ukończeniu jej za sumienne, wyczerpujące i wysoce dla sprawy pożyteczne przemówienie podziękowano kol. Bączkiewiczowi żywym oklaskiem.

Kol. Przewodniczący jeszcze raz dziękuje kol. Bączkiewiczowi za przyjazd do Radomia, podjęte trudy, oraz światłe rady.

Członek Zarządu, sekretarz T. Rakowski.

Stan obecny szpitalnictwa w Łodzi.

Zebrał

Dr H. Trenkner.

Łódź, licząca obecnie z górą $^1/_2$ miliona [1]) ludności, dotąd nie posiada ogólnego szpitala miejskiego. W mieście istnieje 16 zakładów szpitalnych [2]), które można podzielić na następujące kategorye:

1) Pod zarządem Rady dobroczynności publicznej: Powiatowy szpital św. Aleksandra 1.

2) Miejski: Szpital dla chorych zakaźnych 1.

3) Powstałe dzięki instytucyom społecznym, lub fundacyom prywatnym 6: Żydowski fundacyi rodziny Poznańskich, Zakład

---

[1]) Według spisu z końcem roku 1911 510 tysięcy.

[2]) Kierownikom szpitali za udzielone mi łaskawie daty, składam tutaj najszczersze podziękowanie.

dla umysłowo chorych w Kochanówce i Przytułek położniczy przy Chrześć. Tow. Dobr., Szpital Anny-Maryi dla dzieci fundacyi rodziny Herbstów, obecnie pod opieką Chrz. Tow. Dobr., Szpital ewangielicki, zbudowany przez Zbór ewangielicki warszawski, Przytułek położniczy przy żydowskiem Tow. Linas Chacholim.

4) Szpitale fabryczne 5: Czerwonego Krzyża, fabryk Scheiblera, Poznańskiego, Heinzla i Kunitzera, fabryczny przy ul. Nawrot.

5) Lecznice prywatne 3: przy ul. Podleśnej Nr 15, Piotrkowskiej Nr 249, Wólczańskiej Nr 36.

Na omówienie zasługują szpitale fabryczne, zakłady, stanowiące do pewnego stopnia specyalność Łodzi, jako miasta fabrycznego. Rosyjskie ustawy fabryczne wkładają na przemysł obowiązek leczenia chorych robotników w szpitalach, zakładanych przez fabryki, w stosunku 1 łóżka na 100 robotników fabrycznych. Większe zakłady fabryczne łódzkie pobudowały własne szpitale, mniejsze zaś — bądź z własnej woli (szpital fabryczny przy ul. Nawrot), bądź za inicyatywą władz administracyjnych (Szpital Czerwonego Krzyża) — łączyły się i zakładały zbiorowe szpitale dla kilku fabryk, lub też ograniczały się do abonowania stałych łóżek w 2 lecznicach prywatnych.

Najstarszy ze szpitali łódzkich, powiatowy szpital św. Aleksandra, założony został w r. 1845; w r. 1884 założony został szpital fabryczny Tow. Akc. K. Scheiblera, w r. 1886 szpital fabryczny w Widzewie, w r. 1890 szpital żydowski fundacyi rodziny Poznańskich, w r. 1891 — szpital fabryczny Poznańskich i Przytułek położniczy przy Chrz. Tow. Dobr., w r. 1893 szpital fabryczny przy ul. Nawrot, w r. 1902 szpital dla umysłowo chorych w Kochanówce, w r. 1905 szpital Anny-Maryi dla dzieci, w r. 1908 szpital miejski dla chorych zakaźnych i szpital ewangielicki, w r. 1910 Przytułek położniczy przy Żyd. Tow. Linas Chacholim.

Lecznica prywatna Drów Langego, Mittelstaedta, Skibińskiego, Tochtermana, Wattena i Zaborowskiego przy ul. Podleśnej Nr 15, zbudowana w r. 1903, przyjmuje przypadki chorób wewnętrznych, chirurgicznych, ginekologicznych, ewentualnie rodzące. W tym samym zakresie działa lecznica przy ul. Piotrkowskiej Nr 251 Drów Druebina, Goldbluma, Goldmana, Jasińskiego, Kaufmana i Kruschego. Lecznica Drów Falka, Golca i Jelnickiego, założona w r. 1909 przy ul. Wólczańskiej Nr 36 przyjmuje chorych na choroby skórne i weneryczne.

Budynki. Z 16 szpitali łódzkich 9 posiada budynki specyalnie na ten cel budowane:

Szpital Św. Aleksandra stary (z r. 1845) jednopiętrowy murowany budynek, w którym mieszczą się wszystkie oddziały: wewnętrzny, chirurgiczny, weneryczny, więzienny i wszystkie działy gospodarcze, z wyjątkiem pralni.

Szpital żydowski im. Poznańskich piętrowy budynek murowany w kształcie podkowy, mieszczący oddziały wewnętrzny, chirurgiczny, położniczy i gruźliczy, ambulatoryum oraz działy gospodarcze.

Szpital Czerwonego Krzyża jest zbudowany według systemu pawilonowego, część pawilonów murowana, część drewniana; budynki administracyjne i gospodarcze oddzielnie.

Szpital ewangielicki — jednopiętrowy budynek murowany; w jednym budynku mieszczą się oddziały wewnętrzny i chirurgiczny.

Szpital Anny-Maryi dla dzieci zbudowany jest systemem pawilonowym: 8 pawilonów murowanych — 4 jednopiętrowe i 4 parterowe; oddziały administracyjny, gospodarczy i szpitalne nie łączą się ze sobą.

Szpital fabryczny Scheiblera — jednopiętrowy murowany budynek w kształcie podkowy, mieszczący prócz oddziałów szpitalnych oddziały gospodarcze, aptekę i mieszkania personalu.

Szpital fabryczny Poznańskich — budynek murowany, nadto letni pawilon drewniany.

Szpital fabryczny w Widzewie — budynek częściowo murowany, częściowo drewniany.

Lecznica prywatna przy ul. Podleśnej — budynek 2-piętrowy murowany, budowany systemem hotelowym; działy gospodarcze w suterenach.

Szpital w Kochanówce posiada specyalnie budowane murowane pawilony dla chorych, natomiast budynki gospodarcze: kuchnia, pralnia i t. d., oraz mieszkania personalu mieszczą się w szczupłych drewnianych domkach, zupełnie nie odpowiadających swemu przeznaczeniu [3]). Tłómaczy się to historyą powstania szpitala na gruntach dawnych letnich mieszkań. Pozostałe szpitale łódzkie mieszczą się w budynkach, przeznaczonych pierwotnie na domy mieszkalne.

Jedyny miejski szpital, przeznaczony dla chorych zakaźnych, mieści się w drewnianym budynku jednopiętrowym, który niegdyś stanowił rodzaj willi podmiejskiej jednego z obywateli łódzkich. Szczęśliwym trafem willa ta posiadała oficynę na kuchnię, i dzięki temu oddział gospodarczy mieści się w oddzielnym budynku. W całości budynek szpitalny zupełnie nie odpowiada swemu przeznaczeniu i musi być tolerowany tylko jako »malum necessarium«.

W zwykłych »kamienicach« mieszczą się: szpital fabryczny przy ul. Nawrot, 2 lecznice (ul. Piotrkowska 251 i Wólczańska 36) i oba przytułki położnicze.

Większość szpitali łódzkich posiada prócz oddziałów wewnętrznych oddziały chirurgiczne. Szpital św. Aleksandra posiada nadto oddział weneryczny i oddział więźniów. Szpital Anny-Maryi — oddziały dla błonicy, płonicy, duru i obserwacyjny. Szpital dla chorych zakaźnych — oddziały płoniczy, ospowy i mieszany (róża, dur wysypkowy i inne, zależnie od okoliczności). Szpital żydowski — oddział gruźliczy.

Systemem pawilonowym, jak wspomniano wyżej, zbudowane są jedynie szpitale Anny-Maryi i Czerwonego Krzyża. W innych oddziały tworzą się mniej lub więcej sztucznie: dla danej kategoryi chorych przeznacza się piętro, salę i t. p. W miejskim szpitalu dla chorych zakaźnych oddziały mieszczą się na poszczególnych piętrach i każdy oddział posiada własną klatkę schodową.

Ogrody szpitalne. Własne ogrody posiadają szpitale: żydowski — fundacyi Poznańskich, fabryczny Scheiblera, fabryczny w Widzewie, miejski dla chorych zakaźnych i szpital w Kochanówce. Są to mniej lub więcej cieniste ogrody, jako tako zabezpieczające chorych od kurzu i dymów fabrycznych. Ogrody w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci, ewangielickim i Czerwonego Krzyża są jeszcze młode i wskutek tego usług takich nie mogą oddawać.

Ściany w 7 szpitalach łódzkich (w Kochanówce, żydowskim, Cz. Krzyża, fabrycznym Scheiblera, fabrycznym Poznańskiego, w Widzewie i lecznicy prywatnej przy ul. Wólczańskiej) malowane są w całości olejno, w pozostałych — cokoły olejno, reszta ścian malowana kredowo-klejowo. Sale operacyjne wszędzie olejno malowane.

Podłogi w większości szpitali są z desek olejno malowanych. Szpital Anny-Maryi, lecznica przy ul. Wólczańskiej i przytułek położniczy mają podłogi pokryte linoleum. W szpitalu żydowskim i fabrycznym Scheiblera podłogi są posadzkowe.

Ogrzewanie centralne posiada 7 szpitali: żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Kochanówka, Czerwonego Krzyża, fabryczny Scheiblera, lecznica przy ul. Podleśnej. Pozostałe ogrzewane są zapomocą zwykłych pieców węglowych.

Oświetlenie elektryczne posiada 5 szpitali: ewangielicki, Widzew i lecznica przy ul. Wólczańskiej. Szpital dla chorych zakaźnych oświetlany jest naftą — pozostałe gazem.

Wodociągi posiadają wszystkie szpitale. Kochanówka czerpie wodę ze studni artezyjskiej.

Klozety wodne posiadają obecnie wszystkie szpitale. System usuwania odchodów we wszystkich szpitalach jest wywozowy. W szpitalu miejskim dla chorych zakaźnych — filtr mechaniczno-biologiczny.

Wanny emaliowane posiadają szpitale: miejski, żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Kochanówka, Czerwonego Krzyża, fabryczny Scheiblera, fabryczny w Widzewie, lecznica przy ul. Podleśnej i przy ul. Wólczańskiej. Reszta szpitali ma wanny miedziane.

Ilość wanien i stosunek do liczby chorych wykazuje tablica I. (str. 166).

Łóżka we wszystkich szpitalach łódzkich są żelazne, w wielu z siatkowymi materacami. W szpitalach Anny-Maryi, ewangielickim, żydowskim, fabrycznych Scheiblera, Poznańskiego, w przytułku położniczym przy »Linas Chacholim« i lecznicy przy ul. Wólczańskiej na łóżkach leżą materace, w miejskim zakaźnym i obu lecznicach częściowo materace, częściowo sienniki.

Bielizna. Szpitale podały następujące zapasy bielizny.

Na 3 zmiany: Szpital św. Aleksandra, fabryczny przy ul. Nawrot, przytułek położniczy przy »Linas Chacholim«, lecznica przy ul. Podleśnej, lecznica przy ul. Piotrkowskiej.

[3]) W chwili drukowania niniejszej pracy szpital w Kochanówce kończy budowę specyalnego gmachu dla kuchni i pralni z urządzeniami, stojącemi na wysokości współczesnych wymagań.

Tablica I.

Szpitale	Ilość łóżek	Ilość wanien	Na ile łóżek przypada 1 wanna
Powiatowy św. Aleksandra	88	2	44
Miejski dla chorych zakaźnych . . .	40	4	10
Ewangielicki	40	4	10
Żydowski im. Poznańskich	113	6	19
Anny-Maryi dla dzieci	130	12	11
W Kochanówce	260	12	22
Fabryczny Czerwonego Krzyża . . .	100	?	?
» Scheiblera	70	7	10
» Poznańskich	45	4	11
» w Widzewie	32	3	10
» przy ul. Nawrot	40	2	20
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobr.	4	1	4
Przytułek położniczy przy »Linas Chacholim«	14	1	14
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15 .	55	4	14
» przy ul. Piotrkowskiej Nr 251	40	2	20
» przy ul. Wólczańskiej . .	12	1	12

Na 4 zmiany: Szpital ewangielicki, fąbryczny w Widzewie, lecznica przy ul. Wólczańskiej.

Na 6 zmian: Szpital Anny-Maryi.

Na 7--8 zmian: Szpital dla chorych zakaźnych.

NB. Szpitale: żydowski, Czerwonego Krzyża, fabryczny Scheiblera, fabryczny Poznańskiego i Przytułek położniczy przy Chrz. Tow. Dobr. ilości bielizny nie podały.

Pranie odbywa się w pralniach mechanicznych w szpitalach ewangielickim, Anny-Maryi i żydowskim. W pozostałych szpitalach — ręcznie. Wirówki (centryfugi) do wyżymania bielizny posiadają szpitale: Czerwonego Krzyża, Anny-Maryi i fabryczny Scheiblera. W pozostałych wyżymanie odbywa się zapomocą ręcznych wyżymaczek.

Specyalne ogrzewane suszarnie posiadają szpitale: Anny-Maryi, żydowski, Cz. Krzyża. W pozostałych bielizna suszy się na strychach. Na uwagę zasługuje, że tak duży szpital, jak Kochanówka (260 chorych i do 120 osób personalu szpitalnego), dotąd pierze bieliznę ręcznie w niewielkiej, pierwotnie urządzonej pralni i do suszenia bielizny posługuje się strychami, rozrzuconymi po całem terytoryum szpitalnem. Oczywiście nie przyspiesza to biegu spraw gospodarczych szpitala.

Autoklawy własne do odkażania odzieży, pościeli i łóżek posiadają 3 szpitale: Anny-Maryi, Czerw. Krzyża i ewangielicki. Szpital dla chorych zakaźnych korzysta z autoklawu w poblizkiej kamerze dezynfekcyjnej miejskiej.

Żywienie chorych. Koszt dziennego żywienia chorych przedstawia następująca tablica:

Tablica II.

Szpitale	Kopiejek
Powiatowy św. Aleksandra	25
Miejski dla chorych zakaźnych	30 (dla służby 35)
Ewangielicki	39
Żydowski im. Poznańskich	$32^1/_2$
Anny-Maryi dla dzieci	21
W Kochanówce dla umysłowo chorych . .	26 (klasa III)
Fabryczny Czerwonego Krzyża	43
» Scheiblera	47
» Poznańskich	56
» w Widzewie	33- 45
» przy ul. Nawrot	50
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobr. . .	35
» » przy »Linas Chacholim«	około 50
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15	45 (klasa III)
» » Piotrkowski j Nr 251 . .	57
» » Wólczańskiej Nr 36 . . .	125 (klasy nie podano)

W szpitalu św. Aleksandra i chrz. Przytułku położniczym chorzy dostają pożywienie 3 razy dziennie. Na oddziale gruźliczym przy szpitalu żydowskim — 5 razy dziennie, w pozostałych — 4 razy dziennie. Menu zmienia się 7 razy na tydzień.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Dnia 4. II. 1912 odbyło się we Lwowie w biurze Towarzystwa lekarzy galicyjskich posiedzenie Rady zawiadowczej tegoż Tow. Na rok 1912 ustalono w wysokości 15.000 kor. na pensye i zapomogi dla wdów i sierót po lekarzach. Z kwoty tej przypada 8150 kor. na pensye, przyznane przez Walne Zgromadzenie, a reszta na zapomogi. Tytułem zapomóg przyznano dotąd na rok bieżący 3040 kor. Przyjęto z uznaniem dar Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk, polegający na wprowadzeniu jednohalerzowych znaczków, które się będzie przyklejać na każdej flaszce wody mineralnej, względnie na każdym słoju lub skrzynce przetworów zdrojowych, sprzedawanych w składzie Związku. Dochód jest przeznaczony na rzecz wdów i sierót po lekarzach. Rada zawiadowcza uchwaliła, aby zdrojowisko Morszyn wstąpiło do Związku zdrojowisk i uzdrowisk krajowych z rokiem 1912.

Powzięto uchwały, zmierzające do uporządkowania funduszów Towarzystwa i uproszczenia ich administracyi. Przyjęto do wiadomości zamknięcie rachunków fundacyi Stillerów (Morszyn).

Zamknięcie wykazało, że majątek Morszyn wraz z Zakładem w r. 1911 dały pewien dochód, który użyty będzie na niezbędne wkłady i drobniejsze inwestycye, a pozostałość na umorzenie długu, który ciąży na fundacyi. Zamknięcie rachunków fundacyi Stillerów, wraz z zamknięciem rachunków Towarzystwa lekarzy galicyjskich za rok 1911, ogłosi Rada zawiadowcza w jednym z organów Towarzystwa. Roczne sprawozdania rachunkowe będą odtąd po zamknięciu książek w pierwszym kwartale każdego roku ogłaszane.

Dr Andrzej Pohorecki obejmuje w sezonie letnim 1912 r. obowiązki lekarza zdrojowego w Morszynie.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 28. II. 1912 posiedzenie, na którem Dr Bańkowski i Dr Dadej przedstawiali zarazki krztuśca, prof. Kader operowanych przez siebie chorych oraz przypadek kilaka pod uchem, sprawiający trudności rozpoznawcze; w dyskusyi przemawiali prym. Borzęcki, prof. Gliński, Dr Rosenhauch. Następnie Dr Jekels miał wykład o psychoanalizie Freuda. — Najbliższe posiedzenie odbędzie się w Domu Towarzystwa w d. 6. marca.

— Prywatny zakład wychowawczo-leczniczy dla nerwowych i upośledzonych umysłowo dzieci otwarty został 27. II, b. r. Inicyatorami i założycielami zakładu, nie obliczonego na zyski, są: prof. J. Piltz, ks. Dr Caputa i Dr W. Nieć. Kierownikiem zakładu jest prof. Piltz, lekarzem domowym Dr Jasiński, pedagogiczną stroną zakładu kieruje J. Pieńkowska. Zakład, obliczony na razie na 12—15 wychowanków, mieści się w wynajętym od rządu gmachu poaryańskim, odpowiednio urządzonym, wśród kilkomorgowego starego ogrodu (przy ul. Kopernika 23). Na otwarcie zakładu byli zaproszeni przedstawiciele miasta, kół pedagogicznych, pedyatrycznych i psychiatrycznych, oraz reprezentanci prasy codziennej.

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie, wstępując na drogę samopomocy, stworzył Zakład kredytowy, który dostarczać będzie pomocy finansowej właścicielom zdrojowisk, domów mieszkalnych w zdrojowiskach, lekarzom, przemysłowcom i kupcom tamże pracującym. Zakład kredytowy przyjmuje wkładki oszczędności i na rachunek bieżący, udziela pożyczek i t. d. Prezesem Zakładu jest Andrzej ks. Lubomirski, w Radzie nadzorczej zasiadają z lekarzy Dr Kmietowicz, Krzyżanowski, Sobolewski, Ebers i J. Bandrowski.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. II. do 24. II, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 2 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 3, płonicy 6 † — (— † —), odry 4, duru brzusznego 2 † — (1 † —), ospy prawdziwej 2 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Wydatki na szpitale warszawskie na r. 1912 preliminowane są na 2,294.729 rb. Po odliczeniu spodziewanych dochodów (z majątków szpitali, podatku szpitalnego i t. d.), wypadnie z funduszów miejskich wydać 1,079.405 rb. (Med. i Kron. lek. 9).

— Dr A. Sokołowski ofiarował do rozporządzenia Towarzystwa lekarskiego warszawskiego 10.000 rb. na fundusz stypendyjny dla ucznia lub uczenicy szkół średnich.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 19. II. do 26. II. 1912 przypadków: ospy 5 † —, płonicy — † —, duru osutkowego (pod obserwacyą) 3 † —, róży — † —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarzy chorwackich (Zbor liječnika Hrvatske i Slavonije) liczyło z końcem r. 1911 członków honorowych 27 (w r. 1911 zostali mianowani Dr Kosirnik i Dr Wikerhauser), korespondentów 6, zwyczajnych 422. Rozchody w tym roku wynosiły 8.363 K (w tem wydawnictwo miesięcznika »Liječnički Vijestnik« 5.914 kor., wydatki na bibliotekę 1827 K); w dochodach wkładki członków przyniosły 2.978 K, »Liječnički Vijestnik« 3015 K. Majątek Towarzystwa doszedł 25.051 K, fundusze zapomogowe 29.872 K.

— »Spolek ceskych lekaru« w Pradze obrał na r. 1912 swym prezesem r. dw. prof. Hlavę, sekretarzem generalnym doc. Dr Libenskyego, redaktorami »Casopisu lekaru ceskych« prof. Kimlę i Dr Semerada.

— Komisya kąpielowa w Grado prosi nas o umieszczenie wiadomości, że oprócz uwolnienia od taksy kąpielowej przyznał zarząd tych kąpieli morskich lekarzom i ich rodzinom także prawo do bezpłatnych kąpieli.

— Pod naczelną redakcyą wybitnego urologa paryskiego, naszego rodaka Dr B. Motza i Dr J. Tantona wychodzić zaczęło pismo p. t. »Revue clinique d'urologie«.

— Petersburska »Riecz« podała (24. II. n. s.) wiadomości następujące: »Deklaracya polskich lekarzy z pod zaboru austryackiego, w której oficyalnie zawiadomili, iż usuwają się od udziału w organizowanym w Petersburgu wszechsłowiańskim Zjeździe higienicznym, wskutek wystąpień większości Dumy podczas dyskusyi chełmskiej, wywarła głębokie wrażenie na komitet organizacyjny Zjazdu. Obecnie wielu członków komitetu bardzo sceptycznie zapatruje się na Zjazd i wystawę. W komitecie daje się zauważyć zupełny upadek energii i prace przygotowawcze posuwają się wolniej, niż poprzednio. Niektórzy członkowie komitetu zapewniają, że Zjazd i wystawa wcale nie dojdą do skutku wskutek absenteizmu Słowian, szczególniej najbardziej kulturalnych z pośród nich, którzyby mogli przynieść Zjazdowi pożytek. Osoba, która niedawno powróciła z Austryi, posiadająca stosunki ze światem naukowym, informuje, iż nie bacząc na starania Kramarza, czescy higieniści patrzą z niedowierzaniem na ten Zjazd, a niektórzy kategorycznie oświadczyli, iż nie wierzą w zjednoczenie Słowian na gruncie naukowym z inicyatywy Rosyi, gdzie nawet wśród posłów znajdują się osobistości, obrażające godność narodową i uczucia Słowian, zamieszkałych w granicach Rosyi«.

»Riecz« nie wspomina jednakże, że stanowisko lekarzy polskich zależy nietylko od sprawy chełmskiej, ale że do tego stanowiska są oni zmuszeni przez cały obecny ucisk polskości w Rosyi.

— Dla ułatwienia pracy naukowej powstała w Niemczech przed rokiem osobna instytucya prywatna »Medizinisch-literarische Zentralstelle« (Berlin-Friedenau, Knausstrasse 12) pod kierunkiem emer. st. lekarza sztabowego Dr Bergera, podejmująca się prac pomocniczych (zestawień bibliografii danego tematu, dostarczania streszczeń odpowiedniego piśmiennictwa, tłómaczeń, korekty, opracowywania spisów rzeczy, statystyk i t. p.) za odpowiednią zapłatą.

— VII. Zjazd międzynarodowy dermatologiczny odbędzie się 8—13. kwietnia b. r. w Rzymie. Sekretarzem Zjazdu na Austryę jest prof. E. Schiff w Wiedniu. Zaraz po tym Zjeździe odbędzie się w Rzymie międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy (14—20. IV). Koleje włoskie udzielają uczestnikom Zjazdów tych 50% opustu.

Mianowani: Prof. Bonhöffer z Wrocławia profesorem psychiatryi w Berlinie.

Zmarli: higienista prof. Finkler z Bonn, fizyolog doc. Landergren w Stockholmie; chirurg prof. Cestan w Tuluzie.

Dr Maksymilian Dinte w 60 r. ż. w Kaliszu; Dr Bronisław Taczanowski, były lekarz naczelny szpitala św. Jana Bożego w Warszawie w 72 r. ż.

Redakcya otrzymała: Maciesza: 1) W sprawie dziedziczności cech nabytych patologicznych u świnek morskich. »Kosmos« 1912. 2) Meerschweinchenepilepsie nach Resection des Fusses etc. »Folia neuro-biologica« 1911.

Bibliografia.

Dr Emil Fuhrmann. **Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich.** 1912. Rok VII. Wiedeń (W. Fischers Buchdruckerei). Cena 8 koron.

Poprzednimi rocznikami dowiódł już Dr Fuhrmann, że wydawnictwo swoje pragnie ukształtować na poważny i dokładny schematyzm lekarski austryacki i że ma potemu warunki. Obecny rocznik został uzupełniony co do instytucyi filantropijnych dla lekarzy, towarzystw lekarskich, szpitali, sanatoryów i uzdrowisk; spisy lekarzy w większych miastach zostały też uzupełnione dokładnymi adresami mieszkania, usunięto natomiast spisy aptek, jako zbyteczne. Rocznik został zamknięty na d. 31. października 1911. Autor uprasza o nadsyłanie sprostowań i uzupełnień do następnego rocznika do d. 30. września (adres: Wien, IV. Waaggasse 12).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1912.

Gazeta lekarska Nr 5—8. Gajkiewicz: Dwa przypadki »myelitidis funicularis« w złośliwej niedokrwistości (5). — Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteura w 1910 r. (5). — Jaworski J.: Pomoc położnicza dla ludności m. Warszawy w zakładach położniczych miejskich. (5). — Bujwid i Szulc: Porównawcze działanie różnych środków przy powierzchownem odkażaniu rąk ze szczególnem uwzględnieniem działania rozcieńczonego alkoholu. (6). — Puławski: Przypadek choroby Addisona (6). — Józef Jaworski: Uraz jako przyczyna pęknięć ropniaków jajowodów do wolnej jamy otrzewnej. (7—8). — Bełkowski: Rak pierwotny w dolnej części przełyku; przerzut w górnej części, zwężający jednocześnie i przełyk i tchawicę. (7). — Dębiński: Rola lasecznikόw gruźliczych rozmaitych typów, (ludzki, bydlęcy, ptasi) i t. d. w patologii i sposoby ich różniczkowania. (8—9).

Medycyna i Kronika lek. Nr 5—9. A. Landau: O nowych prądach w dziedzinie patogenezy i leczenia moczówki cukrowej. (5—9). — Heiman (dok. 5). — Lubelski: Doszczętna operacya dużych przepuklin mosznowych bez oddzielania worka przepuklinowego, lecz z owijaniem go dokoła powrózka nasiennego. (5). — Polański: Przypadek zwężenia obu oskrzeli z powodu twardzieli wraz z badaniem pośmiertnem oraz kilka słów o twardzieli wogóle. (6). — Szwajcer: Dr Jakób Rosenthal (wspomnienie pozgonne) (7). — Lipsztat: Przypadek zatoru aorty brzusznej. (7). — Delbet: O kształceniu lekarzy. (8—9).

Tygodnik lek. Nr. 5—9. J. Marischler i M. Schneider: Wpływ wstrzykiwań podskórnych salwarsanu na przemianę materyi. (5—6). — K. Orzechowski i C. Meisels: Badania czynności narządów nerwowych wegetatywnych w padaczce (5—6). — A. Rydygier (jun.). O trepanacyi zwalniającej (dekompressyjnej) i operacyi Anton-Bramanna celem zniesienia podniesionego ciśnienia śródczaszkowego. (6—9). — Beck i Bekeles: W sprawie pobudliwości kory móżdżku. (7). — Cieszyński: Plastyka górnego więzadełka wargowego. (7—8). — Klarfeld: O rozpoznaniu guzów przy moście a wewnątrz mostu Varola (9).

Nowiny lekarskie Nr. 2. Jan Sędziak: O wpływie dodatnim zabiegów nosowych, wzgl. nosogardłowych na wysadzenie gałek ocznych oraz na przerost gruczołu tarczowego. Przyczynek do leczenia choroby Basedowa. — W. Nowicki: Torbielowaty uchyłek pęcherza. — Kraszewski: Cukry w wydzielinach ludzkich. — St. Łazarewicz: Współczesuy stan nauki przewlekłego nieżytu śluzówki macicy.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1911. Zesz. IV. Osiński: Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie w r. 1907. — Wł. Sterling: Sprawozdanie ze Zjazdu neurologów i psychiatrów francuskich w r. 1910.

Neurologia polska T. II. Z. IV. Babiński: O wpływie ucisku kończyn opaską Esmarch» na zachowanie się odruchów skórnych. — Horsley i Handelsman: Badania doświadczalne nad przysadką mózgową. — Babiński i Jarkowski: O sztucznie wywołanem przemijającem powracaniu ruchów dowolnych w porażeniu kurczowem poprzecznem. — Rudzki i Hornowski: Erytromelalgia. — Morawski: Wycięcie przysadki mózgowej. — Otmarstein: W sprawie wartości rozpoznawczej odczynu z płynem Bellosta w moczu w bezwładzie postępującym.

Przegląd chorób skórnych i wen. Nr 9—10 (1911). Serkowski: Wakcynoterapia.

Postęp okulistyczny Nr 1. Noiszewski: Jaskra niezapalna.— Rumszewicz: Przyczynek do kazuistyki torbieli oczodołu.

Zdrowie Z. 2. Michałowicz: Odrębność gruźlicy w wieku dziecięcym, jej rozpoznanie i sposoby leczenia. — Biro: Z wycieczki po uzdrowiskach szwajcarskich. — Dudrewicz: Mechaniczne filtry do wody do picia. — Polak: Potrzeby naszych miast i miasteczek.

Przegląd higieniczny Nr 2. Biegeleisen: Ogrzewanie i wentylacya szkół.

Kronika dentystyczna Nr 2. Zawidzki (c. d.).

Słowo lekarskie Nr 3. Wiedeńska organizacya lekarska i wiedeńskie Tow. ratunkowe. — Weinsberg: Lekarze a zwalczanie chorób zakaźnych. — Sztuka lekarska w czasach odrodzenia. (Dok. nast.),

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. lutego 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Eisenberg: Nowe metody negatywnego barwienia bakteryi (demonstracya). 2) Dyskusya nad wykładem Dr Jekelsa: O psychoanalizie Freuda. 3) Prof. Dr E. Godlewski junior: Z nowych poglądów na ciągłość i trwałość żywej materyi.

Rok LI. Kraków, dnia 9. marca 1912. Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O leczeniu płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową

podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz [1]).

Niema drugiej choroby zakaźnej ostrej, którąby w swym przebiegu była tak kapryśna, zdradliwa i nieobliczalna, jak płonica, niema też drugiej, którejby się — i to słusznie — zarówno publiczność, jak lekarze w równej mierze obawiali. Toteż zagadnienie leczenia płonicy jest zagadnieniem zawsze bardzo aktualnem.

Zdania co do skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy są dotąd jeszcze bardzo sprzeczne. Możnaby wymienić cały szereg gorących zwolenników i cały szereg sceptyków. Ta rozbieżność tłumaczy się po części niezgodnością zapatrywań teoretycznych na sprawę. Nie jest jeszcze mianowicie dotychczas ostatecznie ustalonem, czego się teoretycznie, z góry, można po surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy spodziewać. Głównym jednak powodem rozbieżności jest mojem zdaniem ta okoliczność, że metoda oceniania wyników tego leczenia, dotychczas stosowana przez klinicystów, pozwala na stronnicze zachowanie się oceniającego: daje ona z jednej strony pole do nieuzasadnionych zachwytów, z drugiej do zupełnego niedowierzania.

Co do teoretycznego uzasadnienia sprawy, to w płonicy należy odróżnić pierwszy, wstępny okres, objęty pierwszym tygodniem choroby, a zwłaszcza jego początkiem, i okresy późniejsze. W pierwszym okresie zaburzenia chorobowe zależą chyba wyłącznie od samego zakażenia płoniczego, tj. wywołane są przez swoisty zarazek płoniczy, dotychczas bliżej nieznany, i jego jady. Zaburzenia te — gorączka, zaburzenia nerwowe, sercowe, naczyniowe — gdy osiągną pewne natężenie, mogą być same przez się groźne dla życia. W okresach późniejszych zaburzenia zależne od zakażenia i zatrucia płoniczego mogą trwać wprawdzie dalej, ale z reguły słabną, co wyraża się najlepiej opadaniem gorączki. Jeżeli w tych dalszych okresach wystąpią znowu objawy niepokojące, lub nawet groźne dla życia, to stosunkowo rzadko wchodzą tu w grę czyste sprawy płonicze — za taką sprawę uważamy n. p. dotychczas zapalenie popłonicze nerek — nierównie zaś częściej wtórorzędne zakażenia, prawie zawsze paciorkowcowe, mające wrota wejścia w zmianach gardła, atakujące w pierwszym rzędzie miejscowe gruczoły, ale mogące doprowadzić do ogólnej posocznicy i ropnicy.

Otóż surowica przeciwpaciorkowcowa, stosowana w płonicy, nie jest środkiem swoistym, nie jest to surowica przeciwpłonicza, gdyż paciorkowiec wbrew przeciwnym twierdzeniom nie jest przecież zarazkiem płoniczym. Z góry zatem jest nieprawdopodobnem, żeby surowica mogła oddziałać na objawy i przebieg pierwszego okresu płonicy. Mimo to, niektórzy autorowie taki wpływ surowicy przyjmują; przeważnie odnosi się to do tych autorów, co łatwo zrozumieć, którzy wierzą także w rolę paciorkowca, jako swoistego zarazka płoniczego. Chociaż to stanowisko musimy uważać za nieuzasadnione, należy się starać przedmiotowo i bez uprzedzeń doświadczalnie stwierdzić, czy takie działanie surowicy istnieje, czy nie. Uwydatnićby się ono musiało w pierwszym rzędzie w przypadkach płonicy najcięższej i płonicy piorunującej, wiodącej bez leczenia swoistego do śmierci w ciągu pierwszych dni 3—6. Musiałoby się ono także odbić w przypadkach lżejszych na przebiegu gorączki.

Ale nawet, gdyby względem zaburzeń pierwszego, czysto płoniczego okresu surowica miała się okazać bezwartościową, nie wyłączony byłby przy zastosowaniu wczesnem jej wpływ korzystny na okres późniejszy choroby, gdyż mogłaby działać, — i w tym kierunku już zupełnie swoiście — zapobiegając zakażeniom paciorkowcowym lub modyfikując ich przebieg. Już to samo byłoby ogromną korzyścią i mogłoby uratować wiele młodych jestestw od śmierci.

Co do metody, to chodziłoby o wyłączenie wszelkiej stronniczości w ocenianiu ciężkości przypadków, z jednej strony przypadków leczonych surowicą, z drugiej nieleczonych i służących jako przypadki kontrolne. Postępowanie, które pod tym względem jest zupełnie bez zarzutu, stosuję od r. 1905. Polega ono na tem, że każdy przypadek najprzód ocenia się co do ciężkości i oznacza według tego liczbą I, II, III lub IV, zapisuje się tę ocenę, czyli rokowanie w historyi choroby, a dopiero potem losowaniem się rozstrzyga, czy ma być stosowana surowica, czy nie. W razie wahania co do ciężkości przypadku używa się znaków pośrednich I/II, II/III i III/IV, i zalicza w takim razie dany przypadek w zestawieniach po połowie do

[1]) Według odczytu wygłoszonego w sekcyi pedyatrycznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w roku 1911.

dwóch grup. Do doświadczeń włącza się tylko przypadki w pierwszych czterech dniach choroby, przypadki lekkie tak dobrze, jak i ciężkie. W ten sposób otrzymuje się dwa zupełnie równorzędne szeregi przypadków, z jednej strony przypadki nie leczone surowicą, z drugiej przypadki leczone. Surowicę wstrzykuje się tylko raz jeden, w dawce 50—100 cm³.

Działanie surowicy ocenia się na podstawie objawów ściśle przedmiotowych. Najważniejszem będzie ostateczne zejście choroby: wpływ surowicy wyraziłby się tu w obniżeniu śmiertelności, względnie podniesieniu odsetka wyleczeń. Podniesienie tego odsetka jest przecież naszem właściwem zadaniem. Wszystkie inne szczegóły mają tylko drugorzędne znaczenie. Można jednak uwzględnić zachowanie się gorączki, aby ocenić, czy surowica oddziaływa na zaburzenia pierwszego, czysto płoniczego okresu. Dalej uwzględnimy częstość i ciężkość powikłań. Czas trwania gorączki nie ma wielkiego znaczenia. Trudno mianowicie niekiedy oznaczyć koniec gorączki płoniczej, n. p. u osobników z ukrytą gruźlicą gruczołową, będącą podstawą przewlekłych stanów podgorączkowych. Przytem oba szeregi nie są pod względem gorączki równorzędne, gdyż w szeregu leczonym surowicą pojawiają się często gorączki posurowicze, które częściowo zbiegają się z gorączkami wskutek powikłań płoniczych, tak, że nie zawsze łatwo jedne od drugich oddzielić.

Postępowanie opisane stosowałem naprzód sam osobiście od r. 1905—1907, a wyniki ogłosiłem w »Przeglądzie lekarskim« 1908 r. W tej pierwszej seryi spostrzeżeń stosowałem surowicę wyrobu Palmirskiego w Warszawie w ilości z reguły 50 cm³. Przypadków leczonych było 18, nie leczonych 17, razem 35. Dalsze spostrzeżenia prowadzili asystenci kliniki pedyatrycznej, Dr Bujak i Dr Dadej od r. 1908. Spostrzeżenia te prowadzą się jeszcze w dalszym ciągu i po zebraniu większego materyału zostaną szczegółowo ogłoszone. W tej drugiej seryi spostrzeżeń używano surowicy z zakładu prof. Bujwida i wstrzykiwano ją w ilości 100 cm³. Przypadków leczonych było dotąd (lipiec 1911) 12, nie leczonych 11, razem 23. Ogółem obejmuje zatem nasz materyał 58 przypadków, z tego 30 leczonych surowicą, 28 nie leczonych.

Zestawienie przypadków daje, jak dotychczas przynajmniej, dosyć jasną i w obu seryach jednobrzmiącą odpowiedź na pytanie co do skuteczności surowicy w obu określonych poprzednio kierunkach.

I tak co do skuteczności surowicy w zaburzeniach pierwszego, czysto płoniczego okresu, odpowiedź wypada ujemnie. Skuteczność wyraziłby się musiała przedewszystkiem korzystnym wpływem na przebieg ciepłoty, surowica musiałaby wywołać spadki gorączki. Spadki, nawet przełomowe, krytyczne, zdarzają się po zastosowaniu surowicy, ale zdarzają się równie często i w przypadkach kontrolnych. Częstsze w obu szeregach jest powolne opadanie ciepłoty, ale możliwe są także w pewnych przypadkach lekkie wznoszenia się. Liczby przeciętne nie są dla surowicy korzystne w żadnej seryi doświadczeń; drobne różnice oczywiście nie mają znaczenia. Można uwzględniać albo bezwzględne spadki, albo odsetkowe w stosunku do wzniesienia średniego dziennego w pierwszym dniu spostrzeżenia ponad 36·8⁰; odsetkowe spadki lepiej odzwierciedlają zachowanie się gorączki, oznaczają bowiem, o ile ciepłota przez spadek zbliżyła się do prawidłowej. Przy 38·8⁰ wzniesienie wynosi 2⁰, przy 37·8⁰ jeden stopień. Spadek bezwzględny o jeden stopień będzie oznaczać w pierwszym wypadku opadnięcie gorączki tylko do połowy pierwotnego wzniesienia (50%), w drugim zupełne ustąpienie (100%), co oczywiście nie jest równoważnem. Zaznaczę, że w przypadkach, w których ocenę podejmowano w dniu przyjęcia chorego do szpitala i w których w tym dniu oznaczono jedynie ciepłotę wieczorną, przyjmowałem dla tego dnia średnią dzienną o 0·3⁰ niższą od ciepłoty wieczornej. Ta średnia dzienna w pierwszym dniu spostrzeżenia, tj. w dniu oceny, względnie wstrzyknięcia surowicy, wynosiła w pierwszej seryi w szeregu nieleczonym średnio 1·81⁰, w leczonym 2·27⁰, w drugiej seryi w szeregu nieleczonym 1·54⁰, w leczonym 1·72⁰ ponad 36·8⁰.

Spadki wynosiły średnio:

Przypadki	Spadki bezwzględne w stopniach				Spadki w odsetkach pierwotnego wzniesienia ponad 36·8⁰			
	nieleczone		leczone		nieleczone		leczone	
W przeciągu godzin	24	48	24	48	24	48	24	48
W seryi I . . .	0·44	0·71	0·46	1·04	**24·3**	39·2	20 3	45·8
W seryi II . . .	0·19	**0·7**	0·22	0·48	12·3	**45·5**	12·8	27·9

Widzimy z tego, że co do niektórych liczb (tłusty druk) szereg przypadków nie leczonych przedstawia się nawet korzystniej od leczonych, co do innych mamy znów wychylenie przeciwne, a reszta liczb jest w obu szeregach zgodna. W każdym razie zestawienie to nie przemawia za jakimkolwiek wybitniejszym wpływem surowicy na przebieg gorączki płoniczej.

Nie spostrzegaliśmy także wbrew zapewnieniom niektórych autorów korzystnego wpływu surowicy na wysypkę i na objawy nerwowe. Natężenie tych objawów nie da się jednak ująć ściśle w cyfry i nie nadaje się jako miara do badania wpływu surowicy.

Surowica nie oddziałała też na śmiertelność przypadków ciężkich, oznaczanych III, i najcięższych z rokowaniem niekorzystnem, oznaczanych IV. Wszystkie przypadki, oznaczone IV, skończyły się szybko śmiercią, a oznaczone III miały znaczną w obu szeregach, mniej więcej równą (około 10%) śmiertelność. Niestety przypadków ciężkich mogliśmy połączyć do doświadczeń tylko niewiele i tylko w pierwszej seryi. Materyał jest zbyt skąpy, aby były dozwolone pewniejsze wnioski.

Powikłania, które występują w dalszym przebiegu, a które dotąd uważa się ogólnie — można mieć wątpliwości, czy słusznie — za czysto płonicze, tj. t. zw. powikłania popłonicze, jak pewne zapalenia gruczołów, zapalenia stawów, a przedewszystkiem zapalenia nerek, zdarzały się w obu szeregach równie często. Co do ich przebiegu, to różnica uwydatniła się w drugiej seryi spostrzeżeń o tyle, że w szeregu nieleczonym spostrzegaliśmy jeden przypadek ciężkiego zapalenia nerek, które doprowadziło do zejścia śmiertelnego, w szeregu zaś leczonym takiego przypadku nie było.

Jeżeli się teraz zapytamy o wpływ surowicy na czę-

stość i przebieg powikłań paciorkowcowych, posoczniczych, to i tu otrzymujemy odpowiedź jasną, ale odpowiedź przemawiającą jak dotychczas niedwuznacznie na korzyść surowicy. Częstość tych powikłań nie była wprawdzie w szeregu leczonym mniejszą. Zgorzelinowe zapalenia gardła, jamy ustnej, zapalenia ropne ucha środkowego, zapalenia gruczołów lekkie, lub wiodące do zropienia, zdarzały się równie często w obu szeregach. Surowica widocznie nie może ich powstaniu zapobiedz. Zato, o ile można wnosić z naszego materyału, wpływa niewątpliwie korzystnie na ich przebieg w tym kierunku, że ciężkie stany posocznicze i ropnicze nie tak łatwo się rozwijają.

Ten wpływ surowicy uwydatnia się szczególniej wybitnie w grupach przypadków lekkich, oznaczonych II. Gdy w szeregu leczonym wszystkie te przypadki skończyły się wyleczeniem, to w szeregu nieleczonym mieliśmy cztery przypadki śmierci. Jeden przypadek śmierci, oznaczony II, należał do pierwszej seryi doświadczeń. Nie czułem się w mej pierwszej publikacyi uprawnionym do wypowiadania na podstawie tego jednego przypadku jakichkolwiek wniosków. W drugiej seryi mieliśmy jednak takich przypadków trzy, jeden oznaczony I/II, dwa oznaczone II. W oznaczonym I/II przyczyną śmierci, co prawda, było, jak już wspomniałem, zapalenie popłonicze nerek.

W każdym razie wychylenie jest tutaj wybitne. Z jednej strony w szeregu leczonym przy rokowaniu I i II śmiertelność równa zeru, z drugiej w szeregu nie leczonym stosunkowo znaczna. Wynosiła ona w pierwszej seryi doświadczeń dla I, 0% (0:3), dla II 22·22% (1:4$^1/_2$), w drugiej seryi dla I 9.09% ($^1/_2$:5$^1/_2$), dla II 45·45% (2$^1/_2$:5$^1/_2$). Ogółem dla obu seryi wynosiła śmiertelność grupy I. 5·88% ($^1/_2$:8$^1/_2$) i odnieść ją tu musimy do zapalenia nerek, grupy II 35% (3$^1/_2$:10), przyczem w 5% odnieść ją musimy do zapalenia nerek, a w 30% do paciorkowcowych powikłań posoczniczych.

Ponieważ w szeregu leczonym surowicą takich ciężkich powikłań nie spostrzegamy, wynikałoby z tego, że, o ile można polegać na naszym szczupłym jeszcze materyale, surowica ma w tym kierunku wpływ wybitny.

Spostrzeżenia nasze dają niedwuznaczną wskazówkę, jak należy surowicę stosować. Powinno się ją stosować wcześnie nie tylko w przypadkaeh ciężkich, gdzie jej działanie na zaburzenia pierwszego okresu jest co najmniej wątpliwe, ale właśnie w przypadkach lekkich; a nawet najlżejszych, aby działać zapobiegawczo względem powikłań posoczniczych. Stosowanie surowicy będzie mimo łagodnego początku choroby szczególnie tam wskazane, gdzie zdarzyły się u rodzeństwa przypadki śmierci skutkiem płonicy, a mianowicie skutkiem późniejszych jej posoczniczych powikłań.

Z tymi wynikami spostrzeżeń klinicznych zgadzają się także moje spostrzeżenia z praktyki prywatnej. Między przypadkami, w których surowicy nie stosowałem, był jeden, przedstawiający się początkowo jako lekki (rokowanie II), w którym następnie rozwinęła się na tle zmian w gardle i gruczołach ogólna ropnica i który zakończył się śmiercią. Przypadki leczone surowicą, o ile początkowo przedstawiały się korzystnie, a przynajmniej nie rozpaczliwie, wszystkie zakończyły się wyleczeniem.

* * *

Doszliśmy na podstawie naszych spostrzeżeń do jasnych wniosków, które wydają się tem prawdopodobniejsze, że zgadzają się dobrze z naszem pojmowaniem teoretycznem spraw płoniczych. Mimo to przy tak małym materyale pewna powściągliwość w wysnuwaniu wniosków jest wskazana. Osiągnięcie większego materyału jest zaś dla jednego spostrzegacza, o ile niema do rozporządzenia wielkiego oddziału płoniczego, nie łatwe, gdyż wiele przypadków, przyjętych w późniejszych dniach choroby, musi być z doświadczeń wyłączonych. Byłoby zatem wskazanem, żeby liczni spostrzegacze podjęli doświadczenia w warunkach zawsze jednych i tychsamych. Dopiero takie badanie zbiorowe rozstrzygnie ostatecznie sprawę skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

(Dokończenie).

L. p. 276, 1908/9. K. P., 32-letnia żona rolnika z Rakszawy, przyjęta 21 grudnia 1908. Rodziła 3 razy, ostatni raz przez 3 laty, roniła raz przed 10 miesiącami. Od 5 lat zauważyła bole w kościach i powolne zmniejszanie się wzrostu. Od ostatniego porodu stan pogorszył się znacznie, tak że wkrótce potem już chodzić nie mogła. W lipcu była leczona w lwowskim zakładzie położniczym na zmięknienie kości zapomocą wstrzykiwań adrenaliny, poczem bole się zmniejszyły i chora mogła swobodnie chodzić. Stan ten utrzymywał się prawie do końca listopada. Następnie pogorszył się znowu. Ostatni peryod skończyła chora 17 kwietnia 1908 r., ruchy poczuła we wrześniu. Badanie wykazało: Osoba wynędzniała, nie mogąca chodzić, z kośćmi częściowo powyginanemi, z kręgosłupem tak wygiętym, że łuki żebrowe stykały się z grzebieniem kości biodrowej; stąd brzuch w bardzo wysokim stopniu obwisły, znajdował się właściwie w całości przed chorą, gdyż w swojem właściwem miejscu ani w części pomieścić się nie mógł. Macica powiększona odpowiadała rozwojem mniej więcej około 9 miesiącom księżycowym ciąży. Płód żywy, w położeniu czaszkowem pierwszem nieustalonem. Miednica w wysokim stopniu zmiękczała (osteomalatyczna); jej wymiary były:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	27 »
D. troch.	24 »
C. ext.	20 »

Wymiarów wewnętrznych zmierzyć niepodobna ze względu na kolosalne zwężenie, które nie pozwalało nawet na przesunięcie 2 palców. Wobec powyższych stosunków naturalnie o żadnem innem rozwiązaniu, jak o cięciu cesarskiem, marzyć nie było można.

Dla tymczasowego polepszenia stanu ogólnego wstrzykiwano znowu podskórnie adrenalinę i to w dawkach 1—2 cm., rozczynu 1—1000 (takamine Parke-Davis). Pomimo jednak tych wysokich dawek, które nie wywoływały żadnego odczynu ze strony matki lub płodu, pomimo, że

leczenie przeprowadzano przez dni 14, polepszenia nie było.

28 stycznia o godz. 2. rano, wystąpiły pierwsze bole porodowe, już w 5 godzin później stwierdzono ujście zupełnie rozwarte, główkę zaklinowaną do wchodu i wstawienie się kości ciemieniowej tylnej. Zaraz potem, w trakcie przygotowań do operacyi, pękł pęcherz płodowy. O godzinie 8 rano w spokojnem uśpieniu chloroformowem w ułożeniu zwisłem Trendelenburga po wypełnieniu pęcherza 150 cm^3 rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie w linii środkowej, sięgające ku górze na 3 palce poniżej pępka, ku dołowi zaś do spojenia łonowego (Dr Tobiaszek). Po rozsunięciu mięśni, wstawia się w ranę pęcherz, wystający na $6^1/_2$ cm. nad spojenie. Otrzewna pokrywa 3 cm. jego przedniej ściany, dno, i 3 cm. ściany tylnej, poczem tworząc płytką zatokę pęcherzowo-maciczną, zagina się ku górze i zrasta ze ścianą macicy o 6 cm. powyżej w zaułku między trzonem a dolnym odcinkiem.

Usunięcie otrzewnej na tępo z pęcherza (Sellheim I) udaje się bardzo łatwo po bokach, nieco trudniej w środku, usunięcie jej z macicy nie przedstawia trudności aż do zaułka między trzonem, a dolnym odcinkiem. Przy próbie oddzielenia w tem miejscu, przedziera się otrzewna, wobec czego postanowiono operować dalej sposobem Pfannenstiela i w linii środkowej otwarto jamę otrzewną. Jeden rzut oka w głąb wystarcza do przekonania się, że cięcie szyjne wykonać się nie da żadnym sposobem z powodu niezwykłego kształtu i ułożenia macicy. Tworzy ona niejako dwa odrębne guzy, dolny mało wypuklony, utworzony przez dolny odcinek macicy, i górny, odpowiadający trzonowi, przegiętemu silnie naprzód. Między nimi znajduje się głęboki, ciasny rowek, a na jego dnie leży pierścień skurczowy. Dolny guz zawiera główkę, górny ciało płodu. Wobec tego na przedniej ścianie dolnego odcinka leży przednia ściana trzonu tak, że dla wykonania cięcia w tem miejscu absolutnie nie ma dostępu, a próby podniesienia macicy ku górze nie udają się wobec niemożebności usunięcia bardzo znacznego przodozgięcia trzonu macicy, który w innem położeniu nie znalazłby miejsca w jamie brzusznej.

Wobec powyższego stanu rzeczy przedłużono cięcie skórne poza pępek, wytoczono macicę przed powłoki brzuszne, rozcięto ją w dnie sposobem Fritscha i wydobyto płód, a zaraz potem łożysko ręką. Dobrze kurczącą się macicę zeszyto szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, usunięto oba jajniki, ze względu na zmiękninie kości, zapuszczono macicę do jamy brzusznej i zamknięto ranę. Operacya trwała 76 minut. Prócz 3 pierwszych dni, w których gorączka dochodziła do 38·2°, przebieg pooperacyjny prawidłowy. Rana zgoiła się doraźnie. Stan zmiękninia kości polepszył się znacznie, tak, że 18 lutego można było pacyentkę wypuścić do domu.

Płód żywy, donoszony, wagi 3700 gr., długości 52 cm utrzymano przy życiu.

Przypadek powyższy dowodzi, że przecież wydarzyć się mogą stany, uniemożliwiające wogóle wykonanie cięcia cesarskiego szyjnego, jako jedyny jednak wyjątek nie zwalcza bynajmniej reguły, lecz owszem potwierdza ją tylko.

Chciałbym dalej poruszyć jeszcze sprawę czasu wykonywania cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego. Jego zwolennicy podają jako zaletę, że można odwlekać je jak najdłużej, gdyż wolno je wykonać także w przypadkach podejrzanych, i że to dłuższe czekanie wytwarza właśnie warunki korzystne dla operacyi przez znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka. Przeciwnicy zaś to właśnie poczytują za wadę, twierdząc, że należy zabieg wykonać możliwie wcześnie, dla zaoszczędzenia rodzącej bezużytecznej pracy porodowej. Sądzę, że według dziś ogólnie nabytego doświadczenia odnośnie do cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego i jedni i drudzy mogą pozostać przy swojem zdaniu, bo zabieg ten równie dobrze da się wykonać przy końcu ciąży, jak i w każdej chwili porodu. Cała tajemnica powodzenia polega na zastosowaniu obniżenia górnej połowy ciała i operowania w położeniu Trendelenburga. W położeniu tem narządy jamy brzusznej opadają ku klatce piersiowej, wraz z niemi opada ciężka macica, o ile tylko w jamie brzusznej znaleźć może miejsce, co prawie zawsze jest możliwe, a w ślad za tem wyciąga się wzdłuż dolny odcinek i niejako wysuwa z miednicy małej. Wraz z nim wysuwa się także pęcherz moczowy i załamek otrzewnej, tak, że właściwie cała operacya odbywa się powyżej wchodu do miednicy małej i przez cały czas pod okiem operatora. Stwierdzenie tego faktu jest bezsprzecznie zasługą Bumma, który szczęśliwym trafem poprzednio operował w położeniu poziomem, później w położeniu Trendelenburga, mógł więc odrazu zauważyć różnicę i napisać: »So ist rasch und sicher ein genügend grosses Stück der vorderen Uteruswand zur Inzision frei gelegt». Dopiero ta uwaga Bumma wykazała, dlaczego jedni mieli do pokonania przy zewnątrzotrzewnem cięciu cesarskiem prawie nieprzezwyciężone trudności, drudzy zaś zrozumieć ich nie mogli, gdyż nigdy trudności takich nie napotkali, nawet przy zabiegach, wykonywanych po raz pierwszy w życiu, gdzie o jakiejś szczególnej wprawie nie mogło być mowy.

Długość dolnego odcinka, potrzebna do rany, wystarczającej na przepuszczenie główki płodu, nie odgrywa żadnej roli. Zazwyczaj już przy końcu ciąży zmieści się w nim taka rana, długości 10—11 cm. Gdyby jednak przecież miejsca było za mało, to nie stoi nic na przeszkodzie, aby przeciąć całą ścianę przednią poniżej przyczepu otrzewnej razem z ujściem zewnętrznem i przedłużyć cięcie na sklepienie pochwowe i przednią ścianę pochwy w dowolnej długości. Taksamo nie odgrywa żadnej roli fakt nieotwarcia ujścia zewnętrznego, gdy wewnętrzne i tak przy końcu ciąży jest rozwarte na tyle, aby swobodnie mogło przepuścić odchody połogowe. W razie zamkniętego ujścia zewnętrznego rozszerza się je od strony rany operacyjnej jakiemkolwiek narzędziem. Wprowadzona po operacyi gaza utrzymuje je drożnem w pierwszych czasach, a potem wobec rozpulchnienia narządu płciowego i wobec pozostawania gazy przez 24 do 48 godzin ujście to pozostaje nadal drożnem i niema obawy o zastój odchodów połogowych. Miałem sposobność niejednokrotnie obserwować podobne przypadki i nigdy powikłań z tej strony nie widziałem. Gdyby jednak wbrew temu kiedyś przecież przyjść miało do następowego zamknięcia się ujścia, to rozwarcie jakiemkolwiek narzędziem, wprowadzonem od strony pochwy, jest przecież zabiegiem tak niewinnym, że na szali zaważyć nie może.

Opierając się na powyższych wywodach, z mej strony w całości uznać muszę zapatrywanie, zaznaczone przez Bumma, a otwarcie wypowiedziane przez Stöckla, że czas wykonania zabiegu żadnego nie ma znaczenia i zewnątrzotrzewne cięcie cesarskie wykonać się da sposobem Latzki

równie dobrze przy końcu ciąży, jak w każdym okresie porodu.

Zapatrywania obce.

Przy końcu niniejszej pracy należy jeszcze zdać sprawę z zapatrywań rozmaitych autorów na tę sprawę, gdyż osobiste moje doświadczenie może być słusznie uważane za niewystarczające dla bezwzględnego rozstrzygnięcia wątpliwości. Według ogłoszonego piśmiennictwa i według referatów, wypowiadanych w Towarzystwach lekarskich, głównym zasadniczym przeciwnikiem cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego jest Schauta. Gdyby zdanie jego zostało potwierdzone przez dalsze cyfry i obserwacye, przestałoby cięcie cesarskie istnieć od dnia 2 marca 1909 r. W swej druzgocącej krytyce oparł się Schauta na swej własnej statystyce cięcia cesarskiego klasycznego, wykazującej 3·4% śmiertelności wobec 8% śmiertelności cięcia zewnątrzotrzewnego, jak podał wówczas. Opierał on się w tem obliczeniu na cyfrach, wziętych od innych autorów, których jednak nie wymienił, gdyż doświadczenie własne, oparte na 2 przypadkach, nie mogło dać naturalnie podstaw do żadnyeh obliczeń. W teoryi przytoczył, że obawia się rozległej rany w tkankach zewnątrzotrzewnych, która goi się tylko wtedy, jeżeli jest bezwzględnie czysta, że odporność otrzewnej na zakażenie jest większa, niż rany zewnątrzotrzewnej, że sączkowanie rany rokowania nie polepsza, że wydobycie płodu przy cięciu zewnątrzotrzewnem jest trudne i stąd łatwo powstają obrażenia, że obawia się pękania blizny w następowej ciąży i że wreszcie przy cięciu zewnątrzotrzewnem nie można wykonać ubezpłodnienia. Na wszystkie te zarzuty znajduje się dokładną odpowiedź w mojem zestawieniu i w powyższych wywodach. Wykazują one dowodnie, jak złudne są statystyki, oparte na małej ilości przypadków, i jak często praktyka stoi w zupełnej sprzeczności z zarzutami, które teoretycznie wydają się oparte na niewzruszonych podstawach. Tylko co do ostatniego zarzutu, tyczącego się ubezpłodnienia, odpowiedzieć muszę, że w przypadkach czystych nie można niczego zarzucić operacyi wśródotrzewnej, w przypadkach zaś podejrzanych, które i tak nie nadają się do cięcia cesarskiego klasycznego, lepiej jest wykonać zabieg zewnątrzotrzewnie, a dopiero po ostatecznem zamknięciu rany, oczyszczeniu jej i osłonięciu, otworzyć otrzewnę i usunąć jajowody. Szanse zakażenia będą w takim razie przecież mniejsze, aniżeli przy wykonaniu całej operacyi wśródotrzewnie. Z mej strony sądzę, że powyższy sposób postępowania powinien być regułą także dla przypadków czystych.

Drugim przeciwnikiem cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego jest Leopold, który, opierając się na 214 przypadkach cięcia klasycznego, 77 zabiegiem Porro i 12 zewnątrzotrzewnych, w których tylko 8 przypadków śmiertelnych odnosiło się do osób zakażonych, wszystkie zaś inne były ściśle czyste, obserwowane w klinice 2—3 tygodnie przed zabiegiem, — radzi pozostać przy cięciu klasycznem w przypadkach czystych, a zewnątrzotrzewne stosować tylko do podejrzanych. W porównaniu obu zabiegów podaje jako zaletę cięcia cesarskiego klasycznego gładką ranę maciczną, szybkość przebiegu operacyi, łatwy szew, małe krwawienie, dobry przebieg pooperacyjny, dobre rokowanie dla płodu i możliwość przeprowadzenia zabiegu w każdej chwili. Podnieść tutaj muszę, że czas przeprowadzenia jednej i drugiej operacyi, jak ogólnie dziś przyznają, nie wykazuje różnic między sobą. Czas jej trwania zależy od operatora i jego wprawy i jest »ceteris paribus« mniej więcej równy dla obu zabiegów. Różnice są tylko w trwaniu poszczególnych części operacyi; przy cięciu wśródotrzewnem okres od początku aż do chwili wydobycia płodu trwa króciej, od tej chwili aż do końca operacyi dłużej, niż przy cięciu zewnątrzotrzewnem. Wpływać to musi naturalnie na rokowanie ze względu na dziecko i sprawy te z takiego punktu widzenia omówiłem powyżej. Co do podniesionej zalety cięcia cesarskiego klasycznego, o ile to dotyczy przebiegu pooperacyjnego, stwierdzić muszę, że po cięciu zewnątrzotrzewnem przebieg ten jest równie dobry, a ogólne wrażenie znacznie lepsze, aniżeli po cięciu klasycznem. Nie chcąc występować z mojem tylko doświadczeniem, pozwolę sobie przytoczyć słowa Stöckla, który, omawiając cięcie metodą Latzki, pisze: »Ein glattverlaufener extraperitonealer Kaiserschnitt ist eine idealschöne Operation. Man hat dabei ein Gefühl eine schwierige Aufgabe mit einfachen Mitteln und auf eine für die Operierte ausserordentlich schonende Weise gelöst zu haben. Und dieses Gefühl verstärkt sich noch bei der Beobachtung der Rekonvalescenz«.

Odpowiedź na resztę zarzutów Leopolda znajdzie się w poprzednich wywodach.

Jeżeli się wspomni jeszcze nazwisko Freunda, który nie widzi żadnych powodów do zarzucenia klasycznego cięcia cesarskiego, to lista przeciwników cięcia zewnątrzotrzewnego będzie zamknięta.

Lista zwolenników znacznie jest większa. I tak: Dührssen sądzi, że cięcie zewnątrzotrzewne wyprze zupełnie cięcie cesarskie klasyczne, przedwczesny poród sztuczny, cięcie przyłonowe, pomniejszenie główki żywego dziecka, zapobiegawczy obrót i kleszcze wysokie. Franz, wykazując zalety cięcia nadłonowego, przechyla się także na jego stronę. Henkel w obszernych swoich wywodach podnosi wiele punktów, przemawiających za cięciem zewnątrzotrzewnem, a Hofmeier, nadmieniając, że wykonanie cięcia przez- lub zewnątrzotrzewnego zależy w pierwszej linii od wysokości, do której sięga pęcherz, (przy położeniu Trendelenburga nie odgrywa to żadnej roli), zaleca cięcie nadłonowe. Döderlein zasadniczo operuje w dolnym odcinku macicy, o ile można zewnątrzotrzewnie. Według Junga, nadają się do cięcia klasycznego tylko przypadki, w których nie można ominąć otwarcia jamy otrzewnej. Krönig w artykule polemicznym z Rothem wyraża zdanie, że cięcie cesarskie szyjne wyłączy postępowanie klasyczne przy wązkich miednicach. Zdaniem Morawskiego (z kliniki Rosnera) cięcie cesarskie klasyczne pozostanie tylko dla przypadków bezwzględnego ścieśnienia miednicy, absolutnie czystych, we wszystkich zaś innych razach ustąpi miejsca cięciu zewnątrzotrzewnemu.

Piskaček wyraża uzasadnioną nadzieję, że klasyczne cięcie cesarskie wykonywać się będzie tylko w przypadkach groźnego niebezpieczeństwa, lub takich, gdzie ominięcie otwarcia jamy otrzewnej nie jest możliwe. Runge spodziewa się, że szyjne cięcie cesarskie wyruguje zupełnie postępowanie klasyczne przy miednicach zwężonych zna-

cznie, a jako jedyną obawę podnosi niepewność co do późniejszego zachowania się blizny (obawa dziś już płonna). Co do techniki wykonania, oświadcza się wyraźnie za sposobem Latzki.

Najcharakterystyczniejszy przebieg zmian w zapatrywaniach, aż do ich ostatecznego ustalenia, widać u Bumma. 27 marca 1908 po wykonaniu pierwszych przypadków, zachwycony ich przebiegiem, powiedział: »Wer einmal die neue Metode des suprasymphysären Kaiserschnittes ausgeführt hat, wird den alten klassischen Schnitt nicht mehr anwenden«. Po dwóch latach, 11 marca 1910, oświadczył sam, że zdanie powyższe było zanadto entuzyastyczne, a cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne nie ma tego znaczenia, jakie mu przypisywano. W marcu wreszcie roku 1911 po wprowadzeniu u siebie operowania w położeniu Trendelenburga i po poznaniu zalet tego położenia, zwraca się znowu do swej pierwotnej oceny, pisząc: »Wenn auch der Medianschnitt mit Zuhilfenahme der steilen Beckenhochlagerung eine gute Lösung der extraperitonealen Öffnung des Uterus oberhalb des Beckenringes darstellt und meines Erachtens als Methode der Wahl angesehen werden darf, so ist damit das Problem der Rettung des Kindes bei Frauen nicht gelöst, die wegen Beckenenge oder sonstiger Hindernisse auf natürlichem Wege nicht gebähren können und wegen Infection und Zersetzung des Fruchtwassers bereits fiebern«. Zdanie to odnosi się więc do wszystkich przypadków, prócz zakażonych, w których to ostatnich cięcie cesarskie wogóle nie jest wskazane.

Ogłoszenie powyższych zmiennych zapatrywań jest bezsprzecznie zasługą Bumma, gdyż daje miarę, jak bez uprzedzeń przystępował do ocenienia nowej operacyi. Spodziewać się jednak można, że ostatnie zdanie, oparte już na rozległem własnem i obcem doświadczeniu, pozostanie nadal bez zmiany.

W roku 1910 powiada Küstner: »Wenn ich auch das Ziel des extraperitonealen Operierens nie aus den Augen verloren habe, so verkenne ich nicht dass auch schon der transperitoneale zervikale Kaiserschnitt grosse Vortheile vor dem corporealen Kaiserschnitte hat. Er ist lebenssicherer als dieser«. O ile zaś cięcie zewnątrzotrzewne daje lepsze wyniki od wśródotrzewnego szyjnego, wykazuje moje zestawienie.

Omawiając sprawę zachowania się blizn po cięciu szyjnem, dochodzi Scheffzek do wniosku: »dass die Narbe des extraperitonealen Uterus-Schnittes bei Weitem die der klassischen Sectio an Festigkeit übertrifft. Sie stellt keineswegs die Fertilität und die Gebährfähigkeit der Frauen in Frage; beides ein schwerer Vorwurf, der dem corporealen Kaiserschnitt gemacht werden muss. Dieser Umstand allein muss, wenn wir wirklich konservative Geburtshülfe betreiben wollen, so hoch veranschlagt werden, dass er allein genügen müsste, um der extraperitonealen Sectio unsere Zuneigung zu sichern«.

W najnowszej obszernej pracy pisze Stöckel: »Ich glaube, dass der extraperitoneale Kaiserschnitt stets an Stelle des intraperitonealen gesetzt werden sollte, wenn nicht die Sterilisation durch Tubenresection, oder die Castration, oder die Amputation nach Porro die Eröffnung der Peritoneums unumgänglich nothwendig macht«.

Sądzę, że powyższa lista wystarczy do przechylenia szali na korzyść cięcia zewnątrzotrzewnego.

Jako końcowy wynik chciałbym jeszcze podać wskazówki, wynikłe z mego doświadczenia, a odnoszące się do pytań, kiedy i jak wykonać cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne. Odpowiedź na pierwsze przychodzi mi bardzo łatwo. Polecam cięcie zewnątrzotrzewne dla wszystkich przypadków, w których dotąd robiono cięcie wśródotrzewne, nawet dla takich, w których następowo trzeba otworzyć jamę otrzewną dla wykonania tamże potrzebnych zabiegów. Jedynym wyjątkiem będą przypadki, w których chodzi o jaknajszybsze wydobycie płodu, a więc przypadki operacyi w agonii i po śmierci matki. Gdyby z jakichkolwiek przyczyn operacya zewnątrzotrzewna technicznie nie dała się wykonać, lub w czasie operacyi otrzewna przypadkowo się przedarła, nie upieram się przy cięciu zewnątrzotrzewnem, lecz przechodzę do wykonania cięcia szyjnego wśród- lub przezotrzewnego.

Co do samej techniki, uważam za najlepszy sposób Latzki, przeprowadzony w położeniu Trendelenburga. Na cięcie skórne nie kładę żadnej wagi, pozostawiając woli operatora wykonanie cięcia podłużnie, lub poprzecznie. Rany okołopęcherzowej ile możności nie sączkuję, pozostawiając sobie założenie gazy tylko dla przypadków wyjątkowych, w których to jest bezpośrednio wskazane. Wreszcie jestem zwolennikiem tamponowania jamy macicy, choćby nawet nie było krwawienia, uznając argumenta, przytaczane w tym względzie przez Marsa.

Piśmiennictwo. 1) Bardeleben. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 48. — 2) Baum. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 14. — 3) Birnbaum. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 44. — 4) Bumm. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42., 1910. Nr 45., 1910. Nr 48., 1911. Nr 9. — 5) Cholmogoroff. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 16. — 6) Chrobak. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 29. — 7) Czyżewicz. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 25. — 8) Dobbert. Zentrbl. f. Gyn. 1909, Nr 11. — 9) Döderlein. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 4., 1910. Nr 45. — 10) Dührssen. Berl. klin. Wochschr. 1909. Nr 5. — 11) Everke. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42. — 12) Eversmann. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33., 1910. Nr 8. — 13) Fehling. Strassb. med. Ztg 1910. Nr 7. Ref. Zentralblatt f. Gyn. 1911. Nr 1. — 14) Fraipout. a) Scalpell et Liège med. 1908. Nr 3. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 25. b) Obstetrique 1910. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 41. — 15) Frank E. Zentrbl. f. Gyn. 1911. Nr 6. — 16) Frank F. a) Arch. f. Gyn. T. LXXXI. Z. 1. b) Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42. — 17) Frank M. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. — 18) Franz. a) Prakt. Erg. d. Geb. u. Gyn. T. I. Z. 1. b) Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 24. — 19) Freund. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42., 1909, Nr 16. — 20) Fromme. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 17. — 21) Fuchs. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 21. — 22) Gerstenberg. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 41. — 23) Hammerschlag. a) Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 50. b) tamże 1910. Nr 48. c) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. LXVII. Z. 1. — 24) Hartmann. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 28. — 25) Heinricius. a) Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. b) Gyn. Rundsch. 1910. Nr 8. c) Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 33. — 26) Henkel. a) Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 47. b) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. XLVI, Z. 2. c) Zentrbl. f. Gyn. 1911. Nr 2. — 26) Hofmeier. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 29. — 27) Holzapfel. Samml. klin. Vortr. Volkmanna. Neue Folge. Nr 534—535. Gyn. Nr 196—197. — 28) Hörmann. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 42. — 29) Jahreiss. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 7. 1909. Nr 33. — 30) Jung. Münch. med. Wochschr. 1909. Nr 17—18. — 31) Kahn. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 50. — 32) Kehrer. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Hegara T. XIV, Z. 1. — 33) Kermauner. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 28. — 34) Kneise. Münch. med. Wochschr. 1909. Nr 36. — 35) Knoop. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 6. — 36) Koblanck. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 23. — 37) Kroemer. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42. — 38) Krönig. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42., 1908. Nr 46., 1911. Nr 11. — 39) Kupferberg. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 45. — 40) Küstner. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 16.,

1908. Nr 52., 1909. Nr 1., Münch. med. Wochschr. 1909. Nr 34., Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 17. — 41) Latzko. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 8., 1908, Nr 42., 1909., Nr 22., Frauenarzt 1910. Nr 6. — 42) Laubenburg. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. — 43) Leopold. Arch. f. Gyn. T. XCI. Z. 2. — 44) Lichtenstein. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 26. — 45) Liepmann. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 37.— 46) Litschkuss. Żurn. akusz. 1910. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1911. Nr 8. — 47) Luchsinger. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 33. — 48) Mathes. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 47. — 48) Morawski. Przegl. lek. 1910. Nr 49. — 59) Nacke. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. — 51) Olshausen. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 43.— 52) Opitz. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 45. — 53) Pankow. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., T. LXVII. Z. 1., Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 45. — 54) Pestalozza. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 45. — 55) Pfannenstiel. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 10. — 56) Piskaček. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 29. — 57) Raszkes. Przegl. lek. 1909. str. 254. — 58) Reifferscheid. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 33. — 59) Richter. Arch. f. Gyn. T. XCI, Z. 2. — 60) Rosenfeld. Wien. klin. Wochschr. 1909. Nr 16. — 61) Rosthorn. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 29. — 62) Roth. Zentrbl. f. Gyn. 1911. Nr 7. — 63) Routh. Zentrbl. f. Gyn. 1010. Nr 45. — 64) Rubeska. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 17., 1909. Nr 33., 1910. Nr 35. — 65) Runge. Arch. f. Gyn. T. LXXXIX, Z. 2., p. 425. — 66) Schauta. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 29. — 67) Scheffzek. Deut. med. Wochschr. 1909. Nr 32. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. LXVII, Z. 3. — 68) Schwab. Arch. f. Gyn. T. XC. str. 471. — 69) Seeligmann. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 8. — 70) Sellheim. a) Beitr. z. Geb. u. Gyn. Hegara. T. XIV, Z. 1, b) Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 5., 10., 20., 40., 42. c) Gyn. Rundsch. 1909. Nr 16. d) Zentralbl. f. Gyn. 1910. Nr 45. — 71) Sigwart. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 48. — 72) Solms. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 51., 1910. Nr 48. — 73. Spaeth. Zentralbl. f. Gyn. 1908. Nr 20. — 74) Stoeckel. Prakt. Erg. d. Geb. u. Gyn, T. III. Z. 1. — 75) Stolz. Zentrbl. f. Gyn. 1909. Nr 41.— 76) Streit. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 43. — 76) Uthmöller. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 45. — 77) Veit. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 42. — 78) Wiemer. Zentrbl. f. Gyn. 1908. Nr 39.

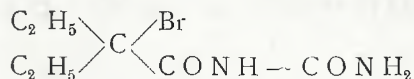
Z oddziału chorób wewnętrznych (I B) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Prymaryusz Radca Dr A. Krokiewicz).

O działaniu adaliny

podał

Dr Ksawery Walter.
praktykant szpitala.

Wcale pokaźna ilość prac o działaniu adaliny, ogłoszonych w stosunkowo krótkim czasie w czasopismach lekarskich, dowodzi żywego zajęcia się klinicystów tym nowym środkiem nasennym i kojącym. Wprowadzona w obieg przez fabrykę wiedeńską Bayer i Ska, adalina (bromdiaethylacetylcarbamid) ma wzór chemiczny



$$\begin{matrix} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} Br \\ CONH-CONH_2 \end{matrix}$$

a stanowi proszek biały, krystaliczny, bez zapachu, dość gorzki. Adalina rozpuszcza się bardzo mało w wodzie zimnej, nieco więcej w ciepłej, najwięcej jeszcze w tłuszczach, wobec czego podawanie jej np. w mleku, jest dość nieprzyjemne.

Jak z przytoczonego wzoru chemicznego wynika, w adalinie znajduje się brom w połączeniu z mocznikiem i związkami etylowymi. Brom, zawarty w adalinie, z jednej strony wzmacnia działanie mocznika i grup etylowych, z drugiej strony łatwo się wydziela, przez co adalina w ustroju działa szybko.

Korzystne oceny co do działania adaliny u chorych nerwowych i umysłowych skłoniły mnie do podjęcia doświadczeń z tym lekiem w chorobach wewnętrznych na oddziale I B. Krajowego Szpitala św. Łazarza w tych przypadkach, w których chodziło o wywołanie snu i ukojenia układu nerwowego (hypnoticum i sedativum). Nadmienić należy, iż przy stosowaniu adaliny uwzględniałem zawsze dokładnie stan podmiotowy chorego, zachowanie się czynności serca, oddychania i narządu wydzielniczego, jak również starałem się oznaczyć, jak długo ten środek leczniczy pozostaje w ustroju. Wobec różnorodnego i obfitego materyału chorobowego, użyczonego mi z całą gotowością przez prymaryusza Radcę Dr Krokiewicza, stosowałem adalinę w 60 przypadkach chorobowych, mianowicie w przebiegu gruźlicy płuc i opłucnej, niedomogi mięśnia sercowego, ogólnej miażdżycy tętnic, w przebiegu duru brzusznego, rwy kulszowej, przewlekłego zatrucia alkoholem, w przypadkach nerwic serca, dusznicy bolesnej, dychawicy oskrzelowej, neurastenii, histeryi, w chorobie Basedowa, blednicy, niedokrwistości, w kile układu nerwowego i t. d.

W celu zebrania dokładnych spostrzeżeń, podawałem adalinę przeważnie u chorych inteligentnych, przyczem znaczną część stanowili lekarze, słuchacze medycyny i t. d.

Spostrzeżenia moje potwierdziły, że adalina jest bardzo skutecznym środkiem nasennym. Zazwyczaj po podaniu choremu 0·75 do 1,0 gr. adaliny w formie pastylek (gdyż ta okazała się bardzo praktyczną) w gorącej herbacie — w trzy kwadranse do jednej godziny pojawiała się senność, poczem następował sen spokojny, trwający 8 do 10 godzin. Chorzy budzili się z uczuciem rzeźkości i wypoczęcia. Sen nie bywał głęboki, łatwo go można było przerwać; po takiem przebudzeniu chorzy rychło napowrót zasypiali. Cięższych ubocznych przypadków, jak wymiotów, nudności, nigdy nie można było zauważyć. W trzech tylko przypadkach wystąpiły bóle głowy, ociężałość, podobnie, jak się to wydarza po zatruciu alkoholowem.

Podając adalinę jako środek nasenny, należy zawsze dawkę odpowiednio zastosować do indywidualności chorego. I tak np. u chorej, u której z powodu przygnębienia, wywołanego stosunkami rodzinnymi, istniała uporczywa bezsenność, podana na noc dawka 0·5 adaliny, już była za wielka, wywoływała sen twardy, trwający 12 i więcej godzin, a następnie jeszcze przez cały dzień utrzymywała się senność. Dopiero dawka 0.25 gr. adaliny sprowadzała sen dostateczny, 8-godzinny. W innych zaś przypadkach przeciwnie, dopiero dawka 1·5 gr. adaliny odnosiła skutek; mniejsza ilość nie była wystarczającą dla wywołania snu.

Przy dłuższem podawaniu adaliny, pomimo zmniejszania następowego dawek, następuje sen taki sam, jak po stosowaniu pierwotnych większych dawek. Niejednokrotnie stwierdziłem, iż ten sam skutek wywierała następnie dawka 0·75—0·5 adaliny, jak z początku 1 gram. Również na korzyść adaliny podnieść należy i tę okoliczność, że można ją stosować czas względnie bardzo długi, bez obawy przyzwyczajenia się i szkodliwych dla ustroju następstw. Spostrzeżenia moje obejmują i jednomiesięczne okresy podawania adaliny.

Z licznych obserwowanych przypadków zasługuje na

uwagę szczególniej jeden, w którym adalina stanowczo dzielniej działała, niż inne środki nasenne.

Dr. M. G., lekarz, cierpi od roku na uporczywą bezsenność; sen występuje jedynie tylko po użyciu środka nasennego. Wypróbował wszelkie znane środki nasenne prócz wodnika chloralu. Między innemi wyżył 50 gramów weronalu. Dawka 0·75 adaliny działała najlepiej i sprowadzała sen 8-godzinny. Raz tylko po pierwszej dawce wystąpiły bóle głowy, oszołomienie, ociężałość.

W innym znowu przypadku, gdzie po użyciu weronalu pojawiały się na drugi dzień uporczywe bóle głowy, wymioty i nudności — po adalinie następował zawsze sen, bez dalszych przypadłości.

Uboczne działanie zawartego w adalinie bromu, zresztą nieszkodliwe, stwierdzić mogłem w jednym przypadku; u chorego ze znaczną neurastenią, który już okazywał poprzednio pewną idyosynkrazyę do bromu, po podaniu 0·5 adaliny zauważyłem skąpy trądzik (acne bromata), ograniczony tylko do okolicy czołowej.

Spostrzeżenia moje co do działania kojącego adaliny odnoszą się w przeważnej części do schorzeń serca, gdzie wynik nieraz okazał się wprost znakomitym. W przypadkach dusznicy sercowej bolesnej i bezbolesnej, w stwardnieniu naczyń wieńcowych, jakoteż i ogólnem, w wadach serca — działanie było wybitnie kojące. Podawałem 3 razy dziennie po 0·5, nieraz dawkę wieczorną podnosząc do 0·75 gr., zwłaszcza wtedy, gdy napady dusznicy występowały częściej w nocy. Działanie zaznaczyło się już w kwadrans lub $^1/_2$ godziny, trwało średnio cztery godziny. Napady lęku, trwogi, uczucie ściskania koło serca, ustępowały lub zmniejszały się, chorzy przepędzali noc spokojnie. W przypadkach bardziej uporczywych, wskutek długotrwałego schorzenia, wyniki były nie tak korzystne, zawsze jednak zauważyć można było, że liczba i nasilenie napadów dusznicy zmniejszały się, a w przerwie następował sen. Jakiegokolwiek wpływu niekorzystnego na przebieg choroby nigdy nie można było zauważyć.

Korzystne działanie adaliny zaznaczało się również w nerwicach serca, śledziennicy, neurastenii, histeryi itd. Chorzy uspakajali się, objawy podrażnienia ustępowały, np.:

Chora M. K. lat 22. Rozpozn. klinicz.: Infiltr. apic. utriusque, neurasthenia. Rozdrażnienie w wysokim stopniu, bardzo częste wymioty nerwowe, znaczne wychudzenie. Podano adalinę 3 razy dziennie po 0·5. Chora wkrótce zupełnie się uspokoiła — wymioty ustąpiły i chora znacznie przybrała na wadze.

Również korzystny wynik zauważyłem i w okresie przekwitania, gdzie istniały nawały krwi do głowy, bicie serca, bezsenność itd. Wszystkie te objawy po zastosowaniu adaliny znacznie się zmniejszyły. W przypadku tym stosowany poprzednio brom działał mniej dodatnio, nie usuwał bowiem silniejszych napadów dusznicy i bezsenności.

W porównaniu z innymi środkami nasennymi, jak weronalem i trionalem, należy podnieść, iż adalina działa pewniej i skuteczniej. W dwu tylko przypadkach działanie weronalu było wydatniejsze, chociaż wystąpiły potem objawy uboczne, jak bóle głowy, ociężałość itd. W każdym razie już ta okoliczność, że adalina nie ma działania trującego, czego dowodem niedawno ogłoszony przypadek Freunda usiłowanego bezskutecznego otrucia przez zażycie naraz 4·5 gr. adaliny, przemawia stanowczo na jej korzyść. Tam, gdzie adalina nie dawała pożądanego skutku, n. p. w przypadkach zbyt silnych bólów, kaszlu znacznego, także i weronal nie działał korzystnie i uciec się trzeba było do zastosowania podskórnego morfiny.

Przetwory bromu, stosowane zwłaszcza w przypadkach połączonych z bezsennością, działały o wiele słabiej, niż adalina.

Działania szkodliwego na układ naczyniowo-krwionośny, nie można było zauważyć. W czasie snu liczba tętna była nieco mniejsza, zawsze jednak w fizyologicznych granicach. W nerwicach sercowych tętno, a tem samem i czynność serca ulegały znacznemu zwolnieniu. Badania przyrządem Riva-Rocci wykazały niejednokrotnie obniżenie ciśnienia krwi na tętnicach sprychowych o 15—20 mm słupa rtęci, zwłaszcza w przebiegu miażdżycy tętnic, gdzie ciśnienie dochodziło do 135—140 mm słupa rtęci i wyżej. Gdy zaś parcie było prawidłowe, tam wybitniejszego obniżenia przez adalinę nie zauważyłem.

Na narząd oddechowy, jak i na narząd wydzielniczy, adalina nie wywiera żadnego wpływu.

Rozpad adaliny w ustroju następuje zazwyczaj bardzo szybko, czem też wytłómaczyć sobie można stosunkowo krótkie jej działanie. W moczu pojawia się brom już w 2—3 godzin i znika zazwyczaj po 6—7 godzinach, choć niekiedy i po 12 godzinach można było w moczu wykazać jeszcze ślady bromu. Świadczy to o niejednostajnem wchłanianiu się adaliny w ustroju. Nigdy nie można było stwierdzić działania zbiorowego (kumulatywnego) po stosowaniu adaliny przez czas dłuższy.

Wogóle na podstawie naszych doświadczeń musimy stwierdzić, że w adalinie przybywa dzielny środek nasenny i kojący, który nie wywołuje żadnych ubocznych przypadów, stosowany nawet przez czas dłuższy. Adalina często przy dłuższem użyciu wywołuje skutek — po podawaniu następowo mniejszych dawek — zupełnie taki sam, jak poprzednio. Szczególniej korzystnie działa adalina jako środek nasenny i kojący w bezsenności na tle nerwowem, w całym szeregu nerwic serca i w schorzeniach organicznych serca, zmniejszając objawy chorobowe i ich nasilenie.

Szefowi mojemu, prymaryuszowi Radcy Dr A. Krokiewiczowi składam serdeczne podziękowanie za zachętę do niniejszej pracy, oddanie mi do dyspozycyi materyału oddziału i cenne wskazówki.

O konserwowaniu narzędzi i przyrządów

podał

Dr Adolf Klęsk

Dyrektor Domu Samarytańskiego PP. Ekonomek w Krakowie.

Konserwowanie narzędzi i przyrządów jest sprawą w obecnych czasach drożyzny bardzo żywotną, rozstrzyga ono bowiem o poważnym wydatku w dorocznym budżecie lekarza. Ceny niektórych artykułów lekarskich, np. gumowych, podniosły się tak znacznie, że lekarz, nie szanujący swych narzędzi i przyrządów, naraża się na znaczne wy-

datki, o których publiczność nie wie, a może i nie chce wiedzieć.

Sprawą konserwowania narzędzi interesuje się nasza literatura mało. Jedynie tu i ówdzie spotykamy wzmianki co do przechowywania i wyjaławiania cewników i rękawiczek gumowych. W klinikach lekarz również się tego nie nauczy, bo przyrządami zajmuje się poza operacyami (a nawet i przy operacyach) nieraz służba, nie bardzo dbająca o konserwowanie narzędzi. Lekarz praktyczny, a zwłaszcza operujący, musi tedy opłacić zawsze »frycowe« i własnem doświadczeniem nauczyć się konserwowania narzędzi lub też, gdy tego uczynić nie ma ochoty, sprawiać co chwila nowe.

Przy konserwowaniu narzędzi wchodzą w grę: racyonalne przechowywanie i oszczędzanie instrumentów przed, przy, i po użyciu.

Co do pierwszego, to cel ten osiąga się przedewszystkiem, jeżeli pokój ordynacyjny lekarza jest suchy, nie wilgotny i jeżeli narzędzia umieszczone są odpowiednio, t. j. w specyalnej, hermetycznej szafce. W szafce tej, najlepiej szklanej, ułatwiającej przegląd przyrządów, nie należy przechowywać żadnych innych środków, zwłaszcza chemikaliów, gdyż nieraz ani się spodziewamy, że to one właśnie niszczą nasze przyrządy, wydzielając z siebie połączenia, wpływające zgubnie na metale, gumę i t. p. Narzędzia niklowane, nie używane często, »obierają« się, czyli matowieją, lub nawet (w razie złego niklowania) czernieją z czasem i dlatego regularnie co pewien czas powinna być cała szafka wypróżnioną, dokładnie okurzoną, narzędzia metalowe przetarte flanelką, a zamki nasmarowane białą oliwą lub ew. choćby żółtą waseliną. O przyrządach gumowych mówić będę osobno poniżej.

O instrumenta dbać, czyścić je i t. p. może jedynie człowiek, znający dobrze cel każdego narzędzia i trudno też wymagać, by służba, nieraz często zmieniająca się, umiała odczyszczać i rozkręcać strzykawki, skomplikowane przyrządy i t. p. Ten więc, kto to wszystko zostawia służbie, narazi się napewno na to, że narzędzia jego prędko ulegną zepsuciu, czy też zniszczeniu.

Sprawa ta łączy się z drugą, t. j. z szanowaniem narzędzi przed, przy i po ich użyciu.

Co do sprawy szanowania narzędzi przed użyciem, to nie mogę omawiać jej zbyt obszernie, pokrywa się ona bowiem po większej części ze sprawą wyjaławiania. Wspomnę tu tylko o wynikach, dążących do konserwowania narzędzi przy ich wyjaławianiu i odczyszczaniu.

Narzędzia metalowe ew. gumowe i szklane wyjaławiamy zwykle, gotując je w 1% sodzie. Otóż nie jest rzeczą obojętną, jakiej do tego użyjemy wody. Jeżeli operować mamy gdzieś poza domem, t. zn. gotować we wodzie nieznanej, lepiej ją przedtem przegotować i narzędzia włożyć do wody już przegotowanej i odstałej z ewentualnego osadu. Nieraz po gotowaniu w wodzie nieznanej narzędzia czernieją wskutek obecności siarki, rdzewieją, dostają plam itp. Używając wody z wodociągu, należy dobrze ją przedtem odlać z rur. Nikiel narzędzi bardzo jest czuły na wszelkie domieszki mineralne.

Narzędzia ostre powinny być przygotowane i umieszczone w odpowiednich ramkach, gdyż tańcząc w wodzie przy gotowaniu nieraz się tępią. Ciągłe zawijanie np. noży w watę ma tę wadę, że tępi ostrze. Strzykawki szklane do gotowania rozkręcamy, ale tłok (gumowy) zostawiamy w cylindrze szklanym, albowiem inaczej pęcznieje i potem przy wkładaniu do cylindra narażamy się na stratę czasu, przez manipulacyę uszkadzamy gumę i t. p. Używać należy o ile możności cylindrów o brzegach gładkich oszlifowanych, nie ostrych, te bowiem niszczą bardzo tłoki gumowe. Narzędzia niszczy często nie tyle gotowanie, ile nieodpowiednie obchodzenie się z niemi po wyjałowieniu.

Ze względu na możliwość rdzewienia, należy narzędzia gotowane przechowywać (jeżeli operacya trwać ma długo) pod powierzchnią płynu. Bardzo też niszczą się narzędzia, jeżeli się je wyjaławia w domu i jedzie się potem nieraz z temi narzędziami godzinami do chorych. Należy mieć naturalnie wobec tego sterylizatorek do narzędzi na drogę, dający się upakować.

Narzędzia nie dające się gotować (o gumowych pomówimy osobno) umieszczamy zwykle na pewien czas w płynie odkażającym. Należy pamiętać o tem, że nie każdy środek odkażający jest do tego odpowiedni. Tak np. jedynie jeszcze sublimat i karbol nadają się do cewników elastycznych, a już lizoform nie całkiem odpowiada temu zadaniu.

Hottinger i Kollbruner zachwalają do cewników gumowych sposób Wolfa, t. j. umieszczanie w rozczynie sublimatu (1,0) w glicerynie (100,0). Po 20 godzinach cewniki są jałowe i bardzo dobrze się przechowują, nie tracąc nic ze swej gładkości i wytrzymałości.

Herring podał przyrząd, w którym wyjaławia szybko cewniki, przyczem odrazu pokrywają się one warstewką jałowej waseliny; w ten sposób mogą być jałowo przechowywane dobrze i długo, czekając użytku. Sposób ten nadaje się tak dla gumowych, jak i elastycznych cewników. Przyrząd do odkażania cewników jedwabnych i rękawiczek gumowych i przechowywanie ich (gotowanie w glicerynie) podał też Heusner. Juvara i Jianu podali przyrząd do wyjaławiania rękawiczek w glicerynie w parze (120^0) po ciśnieniem. Freund jedwabne cewniki wyjaławia w naczyniu szklanem z wentylem hermetycznym w płynie, złożonym z dwu części gliceryny i 1 części wody.

Konserwowanie narzędzi przy używaniu polega głównie na unikaniu stykania się ich z ciałami, szkodliwie na nie działającemi. A więc przy narzędziach niklowanych chodzi głównie o sublimat, azotan srebrowy, przetwory jodu i t. p., przy gumowych o ciała rozpuszczające w sobie gumę lub niszczące ją, a należą tu: benzol, terpentyna, dwusiarczek węgla, chloroform, nafta, jodbenzyna Heusnera i t. p. Oszczędzamy narzędzia po użytku, osuszając je prędko, smarując zamki tłuszczem, w razie najdrobniejszych starć z niklu oddając je zaraz do naprawy i niklowania.

Specyalnie właściwie czyścić narzędzi metalowych, gdy je szanujemy, nie trzeba, bo jeżeli są zniszczone, trzeba je niklować. Gdy mydło i szczotka nie pomogą, można czyścić je kredą ze spirytusem do palenia lub proszkiem, używanym przez gospodynie do czyszczenia srebra. Wszelkie zaś pasty są szkodliwe.

Bardzo ważne miejsce w sprawie tu omawianej zajmują strzykawki i przyrządy gumowe. Zacznijmy od pierwszych. W powszechnem użyciu, jako stosunkowo najtańsze, są strzykawki z tłokami gumowymi. Strzykawki całe szklane lub metalowe są wprawdzie droższe, ale pozornie, albowiem konserwacya ich jest znacznie tańszą. Tłoki gumowe wymagają bowiem wielkiej dbałości. Jak postępować przy gotowaniu, mówiliśmy powyżej. Po użytku strzykawkę koniecznie należy rozebrać, dokładnie wytrzeć do sucha, tłok rozkręcony nasmarować i wsunąć w stanie rozkręconym do cylindra. Właśnie często psują się strzykawki Pravatza z tego powodu, że tłoki, i to do tego mokre, pozostawiamy w strzykawce w stanie szczelnym, t. j. nie rozkręcone. Tłok taki potem kurczy się, zsycha i staje się nieszczelnym, lub przylepia się do cylindra i trzeba go poprostu potem odrywać. Jeżeli jesteśmy w drodze, lub nie mamy czasu na rozkręcanie strzykawki (a zdarza się to bardzo często), w takim razie po kilkakrotnem przepłukaniu strzykawki wodą, lub gdy była gotowaną, wprost po gotowaniu, przepłukujemy ją kilkakrotnie alkoholem lub spirytusem do palenia, by odciągnąć resztki wody. Wróciwszy do domu, należy jednak strzykawkę rozebrać. Służbie naszej niestety tego nie chce się czynić i dlatego strzykawki wędrują ciągle do naprawy bez potrzeby.

Skoro wskutek nieostrożności lub dłuższego używania tłok gumowy zaczyna się na szkle cylindra »obierać«, należy zaraz dać go do oszlifowania, podobnie gdy

wskutek nieostrożnego wkładania tłoka do cylindra naderwała się tu i ówdzie guma. Nie należy nigdy w strzykawce trzymać dłużej środków odkażających, np. lizoformu, celem utrzymania czystości strzykawki, bo tłoki zaraz zaczną się »obierać«.

Igły strzykawek wymagają także nadzoru, albowiem bardzo łatwo wskutek rdzewienia od środka, gdzie nie są niklowane, ulegają złamaniu. Igłę po użytku i przepłukaniu alkoholem, wysuszamy choćby przez wydmuchanie, a najlepiej przepuszczając przez nią gorące powietrze i wkładamy do środka mandryn czyli drucik zlekka tłustością nasmarowany. Gdy tylko igła okazuje tu i ówdzie rdzawe plamy, należy oddać ją do naprawy.

Niezmiernie ważne a trudne jest konserwowanie przyrządów gumowych. W rachubę wchodzą tutaj zwłaszcza rękawiczki, palce gumowe, cewniki żołądkowe i pęcherzowe, rurki do stolca, a wreszcie dreny.

Przyrządy gumowe ulegają łatwo zepsuciu: 1) Gdy są za często lub naodwrót za rzadko używane, 2) gdy się je gotuje za długo lub z dodatkiem szkodliwym, 3) gdy się je przechowuje w miejscu zbyt suchem lub zbyt wilgotnem, 4) gdy są zrobione z lichego materyału, 5) gdy się je po użytku źle osuszy i nie powlecze odpowiednio.

Punkta te nakłaniają też do następującego sposobu przechowywania przyrządów gumowych: Przechowywać je należy w miejscu dość suchem, szczelnie zamknięte w słojach lub pudełkach, gotować tylko do każdego użytku ilość potrzebną (np. drenów i cewników), i to czas możliwie krótki, ew. gotowane stosownie przechowywać, kupować wyroby gumowe najlepszej sorty, po użytku dokładnie osuszać i smarować od zewnątrz i o ile możności od wewnątrz. W razie, jeżeli przedmioty gumowe przechowujemy sucho i szczelnie, odpada potrzeba smarowania.

Jeżeli przedmioty gumowe przechowuje się źle, mało się ich używa, lub po użyciu nie osusza dokładnie, w takim razie zaczynają one zesychać, ew. kruszyć się. W ten sposób marnieją cewniki, sondy żołądkowe, baloniki gumowe, ssawki i t. p. O ile zesztywnienie to nie dosięgło już wielkiego stopnia, można próbować, jak doświadczenie mnie pouczyło, umieścić dany przedmiot gumowy w nafcie i wyjąć wtedy, skoro przekonamy się, że guma zmiękła. Jeżeli trzymamy gumowe przedmioty w nafcie za długo, w takim razie pęcznieją tak, że np. zwykły cewnik staje się dwa razy dłuższy i grubszy. Inni radzą zeschnięte przedmioty gumowe poddawać przez dobę działaniu par dwusiarczku węgla, a potem przez 12 godzin działaniu par nafty.

Prototypem konserwacyi przedmiotów gumowych jest rękawiczka gumowa, która ma już swoje obszerne piśmiennictwo.

Rękawiczka gumowa jest obecnie dla lekarza-praktyka niezbędna, a jako rzecz nie tania, wymaga specyalnej opieki.

Odkażają rękawiczki mechanicznie przez mycie mydłem i szczotką, podobnie jak ręce, przez odkażanie autanem, formolem i t. p., przez gotowanie i wyjaławianie w parze.

Częstego i długiego gotowania rękawiczki nie znoszą, tracą bowiem elastyczność, rozszerzają się balonowato itp. Jeżeli np. włożymy rękawiczki do rozczynu sublimatu, alkoholu i gliceryny na 3 dni, to ucierpią one najwięcej w sublimacie, mniej w alkoholu, a najmniej w glicerynie.

Gliceryna bywa też dlatego używana do przechowywania przedmiotów gumowych. Dreny przechowuje się w 5% karbol-glicerynie, a ew. rękawiczki w sublimat-glicerynie 1:1000. Płyn ten, z powodu dodania pastylki zabarwionej, jest różowy. Skoro przez wyjmowanie rękawiczek utraca barwę różową, dowodzi to już rozcieńczenia wodą i trzeba wtedy glicerynę zmienić.

Praktyczny sposób odkażania rękawiczek podał Mende: gotowanie po wymyciu mechanicznem rękawiczki napełnionej gorącą wodą 5 minut i przechowywanie we wspomnianym dopiero co płynie. Gliceryna powinna być ogrzana do wrzenia, a potem rękawiczki do niej włożone. Mniej więcej można podług Mendego każde rękawiczki gotować 12 razy, tak, że wobec ceny rękawiczek u nas 4—5 koron, a płynu 2 korony, użycie rękawiczek kosztuje około 50 halerzy.

Becker wyciera tylko rękawiczki minutę 20% formolem, a w ostatnim czasie Kozłowski zaleca gotować je w rozczynie szarego mydła. Heve wyjaławia rękawiczki przez 40—50 minut w parze, przyczem zawija je w ściereczki rozpięte na szkieletach drucianych. Po użyciu należy rękawiczki dokładnie z obu stron wysuszyć i przechowywać suche, zasypane proszkiem łojku (talcum). Rękawiczki nie powinny leżeć w płynach przeciwgnilnych np. w miednicy, czekając użytku dłużej, niż dwie godziny. Zwłaszcza przetwory formalinowe, obecnie modne, działają źle na gumę.

Cienkie palce gumowe, o ile nie były użyte do spraw bardzo nieczystych, lecz do zwykłego badania przez odbytnicę lub pochwę, odkażamy po opłukaniu na palcu 20% formolem, potem osuszamy, zasypujemy łojkiem, zwijamy i przechowujemy w szczelnem pudełku, obficie posypane łojkiem.

Cewniki gumowe po użytku, ew. gotowaniu wycieramy dokładnie, przedmuchujemy, przestrzykujemy alkoholem, potem ew. przedmuchujemy gorącem powietrzem i albo umieszczamy w szczelnem naczyniu (niekoniecznie nasmarowane), lub, gdy takiego nie mamy, smarujemy wazeliną białą lub żółtą, ew. oliwą. Cewniki elastyczne przeczyszczamy spirytusem mydlanym, wysuszamy i przechowujemy w odpowiedniem naczyniu. Jeżeli cewników gumowych nie używamy, należy je mniej więcej co kwartał wyjąć, włożyć na chwilę do gorącej wody (ew. nasmarować lekko naftą) i potem proceder wspomniany powyżej powtórzyć.

Tych kilka uwag podałem nie w innym celu, jak tylko, aby zachęcić kolegów do większego dbania o własne dobro. Wiem dobrze, że niejeden praktyk nie znajdzie tu wiele nowego, ale właśnie zwracam się z prośbą do kolegów, by wiedząc ze swego własnego doświadczenia o jakimś sposobie konserwacyi narzędzi, w odpowiedzi niejako na moje uwagi, podali krótkie notatki do »Przeglądu«, jako uzupełnienie dla powszechnego pożytku.

Przyczynek do etyologii czarnej choroby noworodków (melaena neonatorum)

podał

Dr Jan Siedlecki (Nowy Sącz).

W październiku 1911 r. zostałem zawezwany około 1. godz. w nocy do dziecka 2-dniowego, u którego miała odejść ze stolcem krew. Po pokazaniu mi pieluszek, nie mogłem przy świetle lampy rozstrzygnąć, czy stolce rzeczywiście są krwawe. Rozstrzygnięcie musiałem odłożyć do rana, stwierdziłem jednak u dziecka zapad sił, tętno bardzo nikłe i nitkowate, coby wskazywało na krwotok wewnętrzny. Rano przy badaniu istotnie okazała się krew pomieszana ze stolcem, a nawet sama odchodząca w skrzepach, jak również wymioty krwawe, zawierające również skrzepy krwi. Rozpoznanie czarnej choroby (melaena neonatorum) nie ulegało wątpliwości. Dziecko wśród ogólnego zapadu w kilka godzin zmarło.

Matka dziecka (należąca do inteligencyi), wzruszona śmiercią, dostała obok ogólnych nerwowych objawów bardzo silnych bolów w okolicy żołądka i wymiotów, które były bardzo kwaśne. Podane środki uspokajające nie działały prawie zupełnie. Wywiady wskazywały na dawną spra-

wę żołądkową, co do której rozpoznanie lekarzy wiedeńskich wahać się miało między wrzodem okrągłym żołądka a nieżytem kwaśnym. By uzyskać jakąś wskazówkę dokładniejszą, podałem chorej kilkakrotnie arsen w kroplach, który ma wywoływać wzmożenie się bólów w razie obecności wrzodu okrągłego żołądka. Nie otrzymałem jednak wyniku. Bole pozostały w tym samym stopniu, jak przedtem, wymioty trwały ciągle przez kilka dni. Powoli zaczęły się objawy zmniejszać, co przypisuję podaniu silnych środków alkalicznych w dużych dawkach. Chora zaczęła przychodzić do siebie, a po jakimś czasie wyjechała do Wiednia, gdzie rozpoznano bliznę po wrzodzie okrągłym żołądka.

W przypadku tym nasuwałoby się przypuszczenie związku przyczynowego między chorobą matki, trwającą podczas ciąży, a sprawą chorobową u dziecka. Wstrzymuję się od jakichś dalszych wniosków, proponowałbym jednak, aby w każdym przypadku czarnej choroby u noworodków badano w klinikach matkę pod względem zachowania się treści żołądkowej, jak również co do przebytych chorób w zakresie przewodu pokarmowego.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Becker. **W sprawie leczenia wąglika.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). Coraz więcej toruje sobie drogę zapatrywanie, że wąglika należy leczyć zachowawczo. Niektórzy wprost twierdzą, że leczenie doszczętne nawet szkodzi i wywołuje zakażenie ogólne. Wprost zaś bezcelowem jest leczyć doszczętnie tam, gdzie drobnoustroje są już we krwi. Badać należy krew zawsze, bo nieraz objawy kliniczne są zawodne, np. przy zakażeniu ogólnem są nieznaczne i odwrotnie. Najgorsze rokowanie daje wąglik na szyi (33% śmiertelności). Próbują obecnie leczyć wąglika salwarsanem, ale wyniki są niepewne. Również niepewne są jeszcze wyniki leczenia surowicą. Na podstawie zestawienia 44 przypadków wąglika ze szpitala w Hamburgu Eppendorf oświadcza się B. stanowczo za leczeniem zachowawczem. Chirurgiczne leczenie wskazane jest jedynie natychmiast po zakażeniu (np. w zakażeniu pracownianem). Zwykle jednak chorzy przychodzą już do leczenia z krostą i wtedy zadaniem lekarza powinno być pomagać ustrojowi w walce z zakażeniem, unieruchomić daną część ciała itp.
K.

Wiewiorowski. **Przyczynek do leczenia tętniaków z pomocą szwu naczyń (idealna operacya tętniaków).** (Med. Klinik. 1912, Nr 5). Z postępem szwu naczyń możemy obecnie kusić się już o leczenie tętniaków bezpośrednio szwem, i to albo przez marszczenie ścian worka lub nawet przez wycinanie worka i zeszywanie kikutów (operacya idealna). Takich operacyi opisano w literaturze 18. W. donosi o wyleczeniu wrzekomego tętniaka po postrzale biodra śrutem (op. Küttner) przez wycięcie części jednej żyły biodrowej i szew okrężny, a przez boczne zeszycie drugiej żyły i tętnicy. Przed każdą operacyą próbować należy leczenia uciskiem, bo nieraz i ono pomódz może. Delbet np. donosi o 111 przypadkach leczonych w ten sposób, z czego w 76 wyleczenie (w 5 pęknięcie zacisku). Przy operacyach tętniaków dbać należy skrupulatnie o aseptykę i operować bardzo delikatnie. K.

Położnictwo i ginekologia.

Vogt. **O pęknięciu blizny macicznej po klasycznem cięciu cesarskiem.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I). Badania i zestawienia statystyczne wykazały, że pęknięcie macicy w bliźnie po cięciu cesarskiem, przy ciążach następnych zdarza się rzadko. Występuje ono najczęściej w ostatnich miesiącach ciąży, rzadziej przy samym porodzie. Jednostajnej przyczyny pęknięć wykazać nie można; pewną rolę odgrywa tu nadmierne rozdęcie macicy (bliźnięta, nadmiar wód), usadowienie łożyska w miejscu blizny i złe pierwotne zrośnięcie się rany. Objawy kliniczne zależą od rozległości pęknięcia, a szczególnie od wielkości krwawienia wewnętrznego; to krwawienie zaś zależy głównie od tego, czy jaje płodowe całe wyszło do jamy brzusznej, a więc z łożyskiem, czy też nie; w pierwszym przypadku wskutek skurczów próżnej macicy krwawienie znacznie się zmniejsza. Rokowanie dla matki i płodu jest względnie korzystne. Śmiertelność matek wynosi mniej więcej 13%, wobec 45% śmiertelności przy pęknięciach macicy wogóle. Odsetek żywo urodzonych dzieci obliczył autor na 31% wobec 8·4% przy pęknięciach macicy wogóle. Leczenie zależnie od przypadku polega na zeszyciu miejsca pękniętego lub wyjęciu całej macicy. Zapobiegawczo należy przy wykonaniu cięcia cesarskiego starać się o dokładne zgojenie doraźne (prima reunio) rany macicznej, nadto należy takim kobietom zwrócić uwagę, aby w ponownej ciąży zgłosiły się przy jej końcu do lekarza lub najlepiej do zakładu porodowego celem nadzoru. Spostrzeżenia kliniczne i badania anatomiczno-histologiczne wykazały, że pierwotnie dobrze zgojona blizna po cięciu cesarskiem jest istotnie bardzo silna i wytrzymała; za tem przemawiają także porody następne, przy których wykonywano różne ciężkie zabiegi rozwiązujące (obroty i i.) bez najmniejszej szkody dla matki, a także przypadki, gdzie pęknięcie macicy wystąpiło obok blizny lub w innem miejscu ściany macicy. W końcu należy dodać, że po cięciach cesarskich szyjkowych, a więc w miejscach, które przy porodzie najbardziej ulegają ścieńczeniu, nie spostrzegano dotychczas ani jednego przypadku następowego pęknięcia macicy.
Ehrenpreis.

Obata. **Przyczynek do etyologii atonicznych krwotoków poporodowych.** (Gyn. Runds. 1912, Nr 1). Autor opisuje przypadek krwotoku, powstałego wskutek niedowładu macicy po przerwaniu ciąży w 6. miesiącu. Wskazaniem do przerwania ciąży było przewlekłe zapalenie nerek, białkomocz, obrzęki i obumarcie płodu. Badanie mikroskopowe mięśnia macicy wykazało liczne skrzepy w żyłach głębokich, wewnątrz skrzepów kosmki obrzękłe i pozbawione syncytyum. Mięsień macicy obrzękły, w silniejszym stopniu obrzękła tkanka łączna, niż mięsna. Skrzepy były stare. Ostateczną przyczyną niedowładu było zapalenie nerek. Ono było powodem obrzęku tej części mięśnia, gdzie znajdowało się łożysko, a obrzęk wywołał niedostateczną sprawność włókien mięsnych. Skrzepy ze swej strony utrudniały mechanicznie skurcz włókien, powstały zaś wskutek wtargnięcia pozbawionych syncytyum kosmków do światła żył. Sposób ich dostawania się nie jest dotąd wyświetlony. Ponieważ przewlekłe zapalenie nerek przy obumarłym płodzie było wskazanem do wzniecenia porodu i ono też było powodem krwotoku, należy zdaniem autora w takich przypadkach do przerywania ciąży przystępować ostrożnie, a zaniechać go, o ile niema specyalnych wskazań.
A. Markowa.

Hüssy. **Badania nad wpływem surowicy krwi na florę bakteryjną odchodów połogowych u położnic gorączkujących.** (Gyn. Runds. 1912, Nr 2). Badając wpływ surowicy na florę bakteryjną odchodów połogowych w przebiegu gorączki połogowej, stwierdził autor, że w odchodach, które zazwyczaj przedstawiają mieszaninę rozmaitych gatunków zarazków, po dodaniu surowicy jeden rodzaj znikał zupełnie, a mianowicie laseczniki. Pozostałe zaś ziarenkowce wykazywały pod mikroskopem wybitne zmiany zarówno w kształcie jak i ułożeniu. Wszystkie te zarazki traciły własności hemolityczne, co wykazał H. na płycie Schottmüllera. Wreszcie w hodowlach bulionowych pod wpływem surowicy znikało zmętnienie, a pozostawał drobnoziarnisty osad na dnie.

Wszystkie te zmiany w hodowlach są wyrazem obniżania się jadowitości zarazków pod wpływem surowicy. Występują one w różnym stopniu, zależnie od nasilenia owej jadowitości i dlatego, zdaniem autora, mogą do pewnego stopnia być brane w rachubę pod względem prognostycznym, a mianowicie dla oznaczenia swoistej siły zakażenia. W rokowaniu muszą być brane jednocześnie w rachubę preparat drobnowidowy, płytka Schottmüllera i hodowla bulionowa.

A. Markowa.

A. J. M. Lamers. **O paciorkowcach hemolitycznych w wydzielinie pochwowej ciężarnych i położnic.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I). Liczne badania stwierdziły niewątpliwie, że w rzadkich przypadkach znaleść można w wydzielinie pochwowej ciężarnych paciorkowce hemolityczne (od 3—15%). Autor znalazł je na 21 badanych ciężarnych 2 razy = 10%. O wiele częściej natomiast znaleść je można w odchodach połogowych, bo u $^3/_8$ wszystkich położnic, mimo prawidłowego zresztą przebiegu połogu. Autor znalazł paciorkowce hemolityczne u badanych przez siebie położnic w odchodach połogowych 13 razy. Doświadczenia i rozważania przekonały go, że tak częstego pojawiania się paciorkowców w odchodach połogowych, nie można tłómaczyć rozwojem tych paciorkowców, które już w ciąży znajdowały się w pochwie, ani też tem, jakoby one zostały wniesione do narządu rodnego przy badaniu wewnętrznem w czasie porodu, lub same tam wniknęły z narządu płciowego zewnętrznego, ani wreszcie tem, jakoby drobnoustroje te przeniesione zostały z jednej położnicy na drugą. Należy raczej przyjąć, że paciorkowce niehemolityczne, które już w ciąży znajdowały się w pochwie, wśród korzystnych dla siebie warunków w czasie porodu, a szczególnie połogu, zmieniły się na hemolityczne. Istotnie udało się wykazać u rodzących i położnic paciorkowce słabo hemolityczne, które należało uważać za formy przejściowe. Pod jakim wpływem przemiana ta się odbywa, nie jest jeszcze wyjaśnione. Autor odnosi to do korzystniejszych warunków życiowych, jakie paciorkowce znajdują w wydzielinie połogowej. Wskutek energicznego rozwoju nabywają one dopiero w tych odchodach, zdrowych zresztą położnic własności hemolitycznych. Podobnie można wytłómaczyć także pojawienie się paciorkowców hemolitycznych w wydzielinie pochwowej lub na sromie ciężarnych. Czasowa zmiana kwaśnego podłoża na zasadowe, stwarzając niekiedy tylko przejściowo korzystne warunki dla rozwoju paciorkowców, wywołuje w nich powstanie własności hemolitycznych, które zresztą już w krótkim czasie mogą znowu zniknąć. Taką przemianę paciorkowców hemolitycznych na niehemolityczne wykazał autor niewątpliwie doświadczalnie, przeszczepiając paciorkowce hemolityczne z warunków dla ich życia korzystnych na inne miejsca ciała (skóra grzbietu), gdzie warunków tych nie było. Wszystko to przemawia za tem, że własność hemolizy jest własnością drobnoustrojów tylko nabytą pod wpływem korzystnych warunków rozwojowych, własnością, która może być zresztą przejściową i znika, skoro tylko warunki życiowe staną się niekorzystne. Fakt, że paciorkowce takie, przeszedłszy w okres wybitnej żywotności o własnościach hemolitycznych, nie wywołują ani gorączki, ani żadnych złych następstw dla położnicy, tłomaczy autor tem, że drobnoustroje te, żyjąc w niej i przedtem, przeszły tylko w pewien nowy okres swego życia, stały się żywotne, ale dla swej własnej gospodyni nie chorobotwórcze, że więc położnica przyzwyczaiła się niejako do swych własnych drobnoustrojów. To nie wyłącza oczywiście, że same paciorkowce, przeniesione na inne położnice, mogą u nich wywołać bardzo ciężkie, a nawet śmiertelne zakażenie. Autor popiera zupełnie teoryę Frommego, według której ciężkie zakażenie połogowe wywołać mogą tylko paciorkowce obce, z zewnątrz wprowadzone, pochodzące z innej chorej, nigdy zaś drobnoustroje własne, choćby nawet wśród korzystnych warunków nabyły własności wybitnie hemolitycznych. Oba rodzaje tych drobnoustrojów są do siebie zupełnie podobne; nie hemoliza je rozróżnia, lecz tylko zachowanie się ich wobec ustroju swych gospodyń lub innych chorych. Niestety nie mamy na razie jeszcze sposobu, mogącego naprowadzić na rozróżnienie paciorkowców hemolitycznych, dla danej osoby obojętnych, od takich, które dla niej są chorobotwórcze.

E. Ehrenpreis.

Doc. Fr. Unterberger. **Śmiertelność połogowa we W. Księstwie Meklemburg.-Schwerin w latach 1886—1909.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I). Mimo miejscowego znaczenia pracy nasuwają się pewne uwagi ogólne. Obliczenia statystyczne wykazały i tutaj, że w ostatnich latach w miarę coraz pilniejszego przestrzegania przepisów antyseptyki, a przedewszystkiem aseptyki, śmiertelność połogowa w następstwie zakażenia stale się zmniejsza, tak że obecnie nie dochodzi do 50% wszystkich zejść śmiertelnych w połogu. Dla dokładnego obliczenia należy położnice zawsze obserwować 90 dni, a nie, jak to zwykle się dzieje, 4 tygodnie, szczególnie, o ile chodzi o gruźlicę. Zauważono dalej, że śmiertelność połogowa jest większa w zimie, aniżeli w lecie; fakt ten należy tłomaczyć mniejszą czystością warstw biednych w zimie aniżeli w lecie, jakoteż tą okolicznością, że zimowa wełniana odzież położnych łatwiej umożliwia przeniesienie zakażeń, aniżeli letnie suknie, nadające się do częstego prania; nie bez znaczenia są tu także częstsze przeziębienia w jesieni i na wiosnę. Lekkie zapalenia gardła lub grypa są może częściej przyczynami zakażeń połogowych, aniżeli to się zwykle przyjmuje, szczególnie, odkąd w ostatnich latach zwrócono uwagę na ciężkie nawet zakażenia ogólne, których punktem wyjścia były właśnie migdałki. Stosunkowo częste zakażenia połogowe u pierwiastek tłomaczy autor dłuższem u nich trwaniem porodu. Ze względu na możliwość wprowadzenia drobnoustrojów przy badaniu, należy się o ile możność posługiwać także przy wszelkich zabiegach wyjałowionemi rękawiczkami gumowemi.

Autor jest przekonany, że lekarze wogóle często zupełnie niepotrzebnie badają i wprowadzają ręce do narządu rodnego, n. p. celem wyjęcia łożyska, które przy cierpliwem czekaniu lub przez wygniecenie w wielu takich przypadkach samo może odejść. Statystyki wykazują nadto, że lekarze często wprowadzają ręce do macicy celem wyjęcia resztek błon płodowych, które najczęściej same odchodzą w ciągu połogu bez najmniejszej szkody dla położnicy. W końcu przyczyny zakażenia należy nieraz szukać w stosunku płciowym, odbytym krótki czas przed porodem, jakoteż w nieodpowiedniem traktowaniu higieny połogu (zbyt wczesne wstawanie, brudna pościel, dotykanie części rodnych palcami położnicy i otoczenia i i.). Te ostatnie przyczyny mogą wywołać zakażenia, które można uważać jako przypadki samozakażeń w tem znaczeniu, że drobnoustrojów z pewnością nie wprowadziła ani położna ani lekarz, a takie przypadki wcale nie są rzadkie; w materyale autora wynosiły 10% wszystkich przypadków gorączki połogowej.

E. Ehrenpreis.

D. Kuzniecki. **Wycięcie nerki i ciąża.** (Żurnał akuszerstwa i żensk. bol. 1911, grudzień). K. opisuje przypadek, dotyczący 37-letniej chorej, która w szóstym miesiącu ciąży poddała się operacyi wycięcia prawej nerki z powodu kamicy, powikłanej roponerczem. Chora wyzdrowiała, ciąża trwała w dalszym ciągu prawidłowo. Poród nastąpił na czasie, urodziło się zdrowe dziecię, które matka karmiła własną piersią. Po trzech latach odbyła operowana drugi poród również pomyślnie. K. przytacza dane statystyczne Hartmanna i Poussona, na zasadzie których twierdzić można: 1) że ciąża nie stanowi przeciwwskazania dla wycięcia chorej nerki i 2) że po usunięciu jednej nerki mogą kobiety przebywać ciążę nawet kilkakrotnie, nie narażając się przytem na zbyt wielkie niebezpieczeństwo, dopóki oczywiście druga nerka pozostaje zdrową; porody od-

bywają się zwykle prawidłowo i nie wywierają ujemnego wpływu na stan nerki, pozostałej w ustroju.
M. Pietkiewicz.

N. Połubogatow. **Stosowanie surowicy przeciwtryprowej w ginekologii.** (Żurnał akuszer. i żensk. bol. 1911, grudzień). P. stosował leczenie surowicą Johna Torrey wyrobu Parke-Davisa w 11 przypadkach trypra u kobiet. W 2 przypadkach ostrego trypra wynik leczenia był ujemny. Zadawalające wyniki otrzymano w przypadkach przewlekłego i podostrego wiewióra: w 5 przypadkach stwierdzono zniknięcie dwoinek Neissera i znakomitą poprawę, w 3 wyraźne polepszenie, a w 1 tylko przypadku wynik ujemny.
M. Pietkiewicz.

Zoeppritz. **Leczenie rzucawki metodą Stroganowa.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 8). W przeciwstawieniu do operacyjnej metody leczenia rzucawki porodowej, mającej na celu jaknajszybsze rozwiązanie rodzącej, względnie ciężarnej, poleca Stroganow leczenie zachowawcze. Polega ono na trzymaniu chorych zdala od wszelkich wrażeń przez umieszczenie w ciemnym spokojnym pokoju i stosowanie uśpienia chloroformowego przy najlżejszych zabiegach i leczenia zapomocą wodanu chloralu podług schematu, ułożonego przez S. Morfinę stosuje Stroganow tylko na początku leczenia, prócz tego naparstnicę i ciepłe okłady na okolicę nerek dla podniesienia ich sprawności. Metodę swoją stosował S. w 360 przypadkach. Śmiertelność matek wynosiła 6·6%, dzieci 21·6%. Dobre te wyniki potwierdzają Roth, Kappeler i autor. Znajdują one również wytłomaczenie i potwierdzenie w badaniach Besredki nad nadwrażliwością i wpływem wodanu chloralu na wstrząs anafilaktyczny.
A. Markowa.

Huguenin. **O zawartości tłuszczu w sarkoplasmie gładkich mięśni macicy ciężarnej i połogowej.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 8). Na zasadzie badań warstwy mięsnej 3 macic ciężarnych i 1 połogowej, stwierdza autor, że włókna mięsne macicy ciężarnej zawierają w sarkoplasmie tłuszcz w znacznej ilości, nagromadzony w postaci kropelek. Przypuszcza on, że tłuszcz ten stale znajduje się w tej postaci we włóknach również w macicy będącej w spoczynku, a tylko ilość jego w ciąży wzrasta i stanowi materyał zapasowy odżywczy dla mięśnia w czasie porodu. Tłuszczu tego autor nie znajdował nigdy w tkance łącznej. Sądzi, że nagromadzenie się tego tłuszczu w ciąży nie może być uważane za powód zdarzającego się pęknięcia macicy.
A. Markowa.

Schickele. **Zakrzepy a wydzielanie wewnętrzne.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). Wbrew autorom, dopatrującym się związku pomiędzy powstawaniem pooperacyjnych zakrzepów a wydzielaniem wewnętrznem jajników, stoi autor na stanowisku, że główną rolę grają tu czynniki mechaniczne, zakrzepy i zakażenie, istniejące już często przed operacyą, rozszerzenie naczyń, jakie widujemy na mięśniakach i torbielach itp. Przeciw ochronnemu wpływowi »antytrombiny«, jaką miałyby wydzielać jajniki i składać ją ewentualnie w mięśniakach, przemawiają doświadczenia, które wykazały, że krzepliwość krwi po wycięciu jajników lub mięśniaków nie ulega zmianie.
A. Markowa.

Traugott. **Technika i znaczenie badania bakteryologicznego wydzieliny macicy w praktyce.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). Badanie bakteryologiczne wydzieliny macicy ma ważne znaczenie rozpoznawcze, szczególniej tam, gdzie chodzi o odróżnienie zakażenia połogowego od innych cierpień, mogących przebiegać w połogu z podwyższeniem ciepłoty. Wynik takiego badania jest dalej bardzo ważny dla rokowania i leczenia, szczególniej, gdy chodzi o stwierdzenie, czy mamy do czynienia z saprofitami, czy też z paciorkowcami. Pierwsze pozwalają rokować dobrze i leczyć czynnie, obecność paciorkowca każe rokować ostrożniej i leczyć zachowawczo. Wreszcie badanie to może być wyzyskane dla zapobieżenia zakażeniu zdrowych położnic. Wydzielinę należy brać zawsze z jamy macicy, nie przedstawia to dla chorych żadnego niebezpieczeństwa.
A Markowa.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Zatrucie benzyną u oseska, po użyciu jej zewnętrznem do odlepiania przylepców po nacięciach czyraków, spostrzegał Friediger. Objawy: drgawki, podniesienie ciepłoty, wymioty krwawo-śluzowe, nieregularna a szybka akcya serca, zaburzenia oddechu itp. (Münch. med. Woch Nr 5). A.

Próba cukrowa Trommera może dać wynik dodatni, jeżeli najpierw do moczu dajemy siarkan miedzi, a potem ług. Prócz tego może podług Schulza redukcya nas zmylić, gdy mocz gotuje się długo. Lepiej też używać roztczynu Fehlinga albo Hainesa. Skład tego drugiego: »Cupr. sulf. 2,0, solve in aqu. dest. 15,0, adde glycerini 15,0, 5% natr. hydrot. 150,0«. (Münch. med. Woch. Nr 5). A.

Krwawnice nieoperacyjnie leczy Boas w ten sposób, że ściąga je ssawkami poza odbyt, wywołując ich uwięźnięcie, a przez to z czasem zanik. Dawniej przy uwięźnięciu krwawnic z obawy zgorzeli zaraz odprowadzano guzy, Boas zaś zużytkowuje to uwięźnięcie do leczenia. Zwykle w 3—5 dni sprawa się kończy pomyślnie, a wyniki, zwłaszcza co do nawrotów, mogą być nie gorsze od operacyjnych. (Münch. med. Woch. Nr 5). A.

Tymol-spirytus (1%) zaleca gorąco Hoffmann do odkażania skóry przed operacyami. Działać on ma tak dobrze, jak jodyna, a nie ma zupełnie jej wad. (Beitr. z. klin. Chir. 76. II). A.

Mydło „Afrodol“ z rtęcią zaleca Görl do golenia przy liszaju wyłysiającym, dalej w licznych cierpieniach skóry, jak pityriasis versicolor, impetigo contagiosa, acne itp. (Tow. lek. Norymberga 1911, X). A.

Do potu przechodzą podług Tachana następujące leki: jod, brom, bor, fenol, salicyl, salol, antypiryna i błękit metylowy. (Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 66). A.

Przy leczeniu uporczywych krwawień (krwawiączka, krwawienia przy żółtaczce, skazy krwotoczne itp.) zaleca John wstrzykiwania krwi odwłóknionej w ilości 30—40 cm^3 w pośladki lub podskórnie. Ewentualnie powtarza się te wstrzykiwania co 2—3 dni. O pomyślnych wynikach tego leczenia przy złośliwej niedokrwistości donosi Esch. (Münch. med. Woch. Nr 4). A.

Przy zaniku wiądowym nerwu wzrokowego zaleca Goebel miesienie oka zapomocą ssawki, w którą wciąga się gałkę izochronicznie z kurczem serca. (Zeitschr. f. Augenheil. 3. XXVI). A.

Chirosoter (tj. powłoczka na ręce), polecany też w chirurgii do ochrony rąk, okazał się bardzo cennym dla robotników w fabryce drzew satynowych, cierpiących na uporczywe wypryski, powstałe wskutek działania tego drzewa. A.

W róży zaleca Van Velzen co godzinę zmieniane miejsca smarować płynem: »Rp. Acid. carbol. liquef 1,0, ol. cerebrat. 30,0«. W przypadkach ciężkich niezłe usługi oddają okłady z alkoholu absolutnego i dwa razy dziennie 1,0 kollargolu w lewatywie. (Münch. med. Woch. Nr 6). K.

Zaburzenia ruchowe żołądka można podług Holzknechta odróżnić łatwo z pomocą promieni Röntgena. Przy zwężeniu odźwiernika woda zostaje wydalona zwolna, a przy kurczu w prawidłowym czasie, tj. w 60—70 minut. Szyb-

kość wydalania stwierdzamy przez prześwietlanie żołądka po podaniu kapsułek bizmutowych. (Münch. med. Woch. Nr 7). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 26. XI. 1911.

Obecnych 28 członków i 2 gości.

Kol. Wygodski wygłasza referat: **Poronienie sztuczne z punktu widzenia lekarskiego i społecznego.**

Sztuczne przerwanie ciąży, gdy płód jeszcze nie jest zdolny do samoistnego życia, wykonywano już oddawna. Świat starożytny nie znał, co to poronienie nieprawne.

Taki pogląd świata starożytnego zupełnie zgadzał się z tezą stoików i innych greckich i rzymskich filozofów, że »foetus non animal est, sed pars ventris«. Były, co prawda, zawsze protesty pojedyncze; Galenus n. p. mówi: »An animal sit, quod in utero est?« Z biegiem czasu pogląd przeciwny spędzaniu płodu wraz z podniesieniem poziomu etycznego zaczął zdobywać coraz to więcej zwolenników, i już wieki średnie piętnują poronienie sztuczne jako zabójstwo. Bezwątpienia nie ustało przez to wykonywanie poronienia, ponieważ nie przestały istnieć warunki życiowe, nieubłaganie zmuszające do przerwania ciąży. Dopiero William Cooper w połowie XVIII. wieku otwarcie wystąpił z żądaniem uprawnienia operacyi sztucznego poronienia w tych przypadkach, gdzie przewidzieć można, że ku końcowi ciąży zajdzie potrzeba wykonania cięcia cesarskiego, — operacyi, która podówczas dawała wyniki zastraszające. Żądaniu temu stało się w Anglii zadość; w 40 lat potem nastąpiło to i we Francyi, a dopiero w początku XIX. wieku w Niemczech. Obecnie prawo uznaje wzniecenie poronienia, gdy chodzi o ratowanie życia matki; przekroczenie tych ram jest bardzo surowo karane. Mimo to operacya taka oddawna już wymyka się po za te ciasne ramy, w jakie ją usiłowała wtłoczyć martwa litera prawa. Życie, warunki społeczne i ekonomiczne nieraz nieubłaganie żądają wzniecenia poronienia pomimo wszystko, i obecnie bezwątpienia o wiele częściej wznieca się poronienie t. zw. nielegalne, niż legalne. Musiały istnieć warunki, żeby szerokie warstwy kobiet kruszyły wszelkie przeszkody, jakie im tu stawią religia, etyka, instynkt macierzyński, surowe prawo, wreszcie strach narażenia zdrowia, a częstokroć życia Kobiety, z różnych pobudek szukające ratunku w poronieniu, dzieli prelegent na 7 kategoryi. Do pierwszej należą panny; tu nieubłagane obyczaje, opinia światowa, zwłaszcza w warstwach wyższych, — stawiają alternatywę — poronienie albo samobójstwo. W warstwach niższych, zwłaszcza śród ludu wiejskiego, położenie ciężarnej dziewczyny nieco lżejsze, może dlatego, że lud w braku środków do wzniecenia poronienia musi się godzić z faktem istnienia po wsiach znacznej liczby nieślubnych matek. Wśród robotnic fabryk opinia moralna gra rolę podrzędną; w tem środowisku życie »na wiarę« jest bardzo rozpowszechnione, zato właśnie najwyraźniej występuje pobudka ekonomiczna. Drugą kategoryę stanowią mężatki, których ciąża mogłaby służyć za dowód zdrady małżeńskiej; do tej kategoryi należą wdowy i rozwódki, dbające o dobrą opinię. Dalej idą kobiety, nie pierwiastki, które strach przed doznanymi już bólami porodowymi skłania do poronienia. Czwartą grupę tworzą wyrobnice i żony robotników; najgłówniejszą tu rolę odgrywa pobudka ekonomiczna, przyjście na świat dziecka wywołuje przymusową przerwę w pracy i może zachwiać równowagę budżetu. Znanym jest faktem, że im kulturalniejsza jest warstwa robotnicza, tem mniej ma dzieci; im mniej zaś kultury, im bardziej szerzy się wśród niej pijaństwo, tem mniej umie zastosować się ona pod względem liczby dzieci do swych zarobków. To też ciemny proletaryat jest zwykle obarczony dziećmi nadmiernie; ponowna ciąża w takich warunkach wywołuje obawę bezrobocia i widmo głodu; jedyne więc wyjście—pozbyć się ciąży. Następną grupę tworzy burżuazya i t. zw. inteligentny proletaryat; tu prawie wyłącznie pobudki ekonomiczne, — drożyzna w miastach, kosztowne wychowanie dzieci, — skłaniają do przerwania ciąży. Szósta grupa, plutokracya; kobiety z tej sfery są zazwyczaj wydelikacone, już sama myśl o bólu porodowym przejmuje je strachem; poza tem — obawa utraty piękności, skrępowanie, jakie wkłada na kobietę światową ciąża i obowiązek matki, i t. d. popędzają do spędzenia płodu. Ostatnia wreszcie kategorya kobiet bardzo zbliża się do tych, gdzie poronienie wznieca się na podstawie wskazań określonych przez prawo; pobudką jest tu obawa przekazania potomstwu chorób nieuleczalnych; czytały lub słyszały one, że gruźlica, rak, choroby nerwowe i umysłowe, kiła i t. d. są dziedziczne; obawa ta graniczy często z maniactwem. Zdaniem prelegenta dwa czynniki niewątpliwie wpłynęły na nadzwyczajne ostatnimi czasy zwiększenie się ilości poronień nieprawnych: wydoskonalona technika poronień i stosowanie aseptyki znakomicie zmniejszyły ryzyko, na jakie dawniej narażała się kobieta; ciemnego felczera lub babkę wyparła akuszerka wykwalifikowana, a z nią rywalizuje z wielkiem powodzeniem lekarz; do tej, żeby tak powiedzieć, demokratyzacyi poronień przyczyniło się w mierze niemałej obniżenie zapłaty, pobieranej za zabieg (cena w Wilnie obecnie spadła do 10 rubli).

Niegdyś odróżniano tak zw. lekarzy »czystych« od »nieczystych«, zależnie od tego, czy wykonywali oni poronienia »konieczne« z punktu widzenia prawnego i naukowego, czy też nie. Obecnie wytworzyła się cała grupa lekarzy, która wyrównała ową przepaść, dzielącą »czystych« lekarzy od »nieczystych«. Grupa owa nie wykonywa poronień nieprawnych w ścisłem słowa tego znaczeniu, lecz wskazania do poronienia są u nich nader rozciągłe. Ta tendencya rozszerzenia wskazań zapanowała obecnie i w literaturze, zwłaszcza w ostatniem dziesięcioleciu. Prelegent zaznacza, że wszystkie dotychczasowe sposoby walki z poronieniem nieprawnem chybiły celu.

Wtedy tylko ustanie owa »pandemia« poronień nieprawnych, gdy państwa i społeczeństwa wspólnie dopomogą rodzinie, biorąc udział przynajmniej w większej części wydatków, połączonych z wychowaniem i kształceniem dzieci, lub też całkowicie zdejmując ten ciężar z barków rodziny.

Co się tyczy rozszerzenia wskazań do wykonania poronienia, prelegent jest tego zdania, że należy uznać tak zw. wskazania socyalne, lecz tylko u kobiet chorych, objaśniając swe stanowisko następującym przykładem: Co za korzyść osiągnie biedna wyrobnica, chora na gruźlicę płuc, jeżeli lekarz odmówi jej wzniecenia poronienia, ponieważ w dobrych higienicznych warunkach ciąża i połóg przejdą bez szkody dla zdrowia; w danym przypadku odmówić, jest to rozmyślnie skazać chorą jeżeli nie na śmierć, to co najmniej na długotrwałe pogorszenie sprawy gruźliczej. Omówiwszy obszernie wszystkie wskazania do wykonania poronienia, autor streszcza swe poglądy w następujących zdaniach: 1) Do poronienia sztucznego i środków zapobiegających ciąży pchają kobietę siła popędu płciowego i siła tych warunków życiowych, które bezwzględnie wymagają ograniczenia porodów. 2) Znacznego zmniejszenia ilości poronień nieprawnych można spodziewać się wtedy, gdy zostaną wprowadzone w życie rozległe reformy społeczne. 3) Lekarze nic nie mogą pomódz w walce z szerzącem się coraz bardziej poronieniem sztucznem; przeciwnie, coraz to zwiększa się zastęp lekarzy, godzących się pod tym względem na różne kompromisy i z wyżyn bezwzględnej moralnej zasady coraz to niżej schodzących aż do zupełnego zetknięcia się z zawodowymi spędzaczami płodu. 4) O ile

neomaltuzyanizm dąży do ograniczenia ilości poronień nieprawnych, należy go rozpowszechniać. 5) Rozstrzygając sprawę wskazań do wykonania poronienia należy oprócz względów ustalonych przez naukę i prawo brać w rachubę warunki socyalne chorej. 6) W gruźlicy i organicznych wadach serca jest ciąża powikłaniem nader niebezpiecznem, zwłaszcza wśród ubogiej ludności; wobec tego, że prawie niemożliwem jest w poszczególnych przypadkach rozwiązanie pytania, czy ciąża i połóg nie zagrożą zdrowiu i życiu chorej, należy tu wskazania do przerwania ciąży znacznie rozszerzyć. 7) Przewlekłe zapalenie nerek i zapalenie nerek u ciężarnych, leczone w czasie właściwym, rzadko wymagają przerwania ciąży; wobec tego należy zaznajomić szeroki ogół z niebezpieczeństwem, jakie wywołać może zapalenie nerek. Choroby nerwowe i umysłowe bardzo rzadko zmuszają do wykonania poronienia.

Dyskusya: Dr Kraińskij nie podziela zdania prelegenta co do moralnej strony; w podobnych przypadkach strona moralna jest dwulicową, należy przeto odrzucić ją zupełnie. Największej wagi wskazaniem do wykonania poronienia oprócz życia matki jest wskazanie, wypływające z warunków życiowych — socyalne. Jeżeli zaś mówić o tem, kto popełnia czyn niemoralny, to należy bezwarunkowo potępić ową przewrotną dwulicową opinię i obyczaje, które popychają nieszczęśliwą ofiarę owej opinii do samobójstwa lub rozpaczliwych, często połączonych z narażeniem zdrowia i życia wysiłków pozbycia się ciąży. Jest nader rozpowszechniony pewien dziwoląg: słyszy się nawet od osób kompetentnych, lekarzy, że pannę bardzo nerwową, a nawet umysłowo chorą, należy w celu uzdrowienia czemprędzej wydać za mąż, i zdarza się to nieraz. Z moralnego punktu widzenia kobieta taka nie ma prawa wychodzić za mąż i być matką; zmuszać istotę chorą umysłowo, zwyrodniałą, do macierzyństwa, to rzecz niesłychanie oburzająca. Wiemy doskonale, że choroby umysłowe, kiła, alkoholizm, gruźlica, są to czynniki, wiodące do zwyrodnienia; ze względów moralnych należy w podobnych przypadkach stosować przerwanie ciąży. Zwyrodniałe potomstwo w społeczeństwie jest kulą u nogi; przecież nawet w hodowli bydła i koni dbamy o dobry dobór; każda jednostka ludzka powinna być zdrową fizycznie i duchowo i wytrwałą.

Dr Kan podkreśla, że dotychczas sprawa zapobiegania ciąży nie została rozstrzygnięta kategorycznie; kobieta ma prawo rozporządzać sobą i na własne żądanie może otrzymać do rąk środek, chroniący ją od ciąży.

W odpowiedzi Dr Wygodski zaznacza, że nie może stanowczo zgodzić się z poglądem Dra Krainskiego. Sprawy rozumnego wychowania dzieci nie można traktować, jak prawidła hodowli bydła lub koni. Moralnej strony w danem zagadnieniu odrzucić nie można. Poronienie sztuczne jest w gruncie rzeczy zabójstwem i jako takie tolerowane jest w tych przypadkach, gdy chodzi o życie matki. Poziomu obyczajów, który ludzkość wypielęgnowała przez wieki całe, poziomu tego, czem się szczyci cała nasza nauka, naszego dorobku moralnego, nie możemy obniżać.

Posiedzenie doroczne sprawozdawcze z dnia 12/25 XII 1911.

W r. 1911 Towarzystwo lekarskie Wileńskie liczyło 236 członków, w liczbie tej członków honorowych w Królestwie P., na Litwie i Rusi, oraz w Cesarstwie ros. 16, zagranicą 30; rzeczywistych, 106 korespondentów 82.

W ciągu roku zmarli członkowie: honorowi: Jan Wyzgo, Teodor Henrich; rzeczywiści: Lucyan Adamowicz, Michał Wygodzki, Abraham Szlezinger; korespondenci: Paweł Sawicki i Stella-Sawicki.

Obrani zostali na członków honorowych: Wrzosek Adam (Galicya), Serkowski Stanisław (Warszawa).

Odbyło się ogółem 10 posiedzeń zwyczajnych. 2 nadzwyczajne i 1 doroczne. Wykładów wygłoszono 16, pokazów było 10.

Nagrodę im. prof. Moczutkowskiego za rok 1909 otrzymał Dr Krainskij za pracę (najlepszy wykład w ciągu roku, zgodnie z wolą testatora) »O zniekształtnieniach żywego ustroju z punktu widzenia teoryi energii formy«. Nagrodę tę za rok 1910 przyznano Dr Bolesławowi Potopowiczowi za pracę »Z powodu błonicy i krupu w miejskim szpitalu dziecięcym« i Dr Gierszunowi za »Wyniki stosowania salwarsanu«.

Prezes Dr Wojnicz, kierownik pracowni chemiczno-bakteryologicznej Towarzystwa lekarskiego, pokrótce przedstawił historyę 25-letniej działalności pracowni. Powstała ona wtedy, kiedy pracownie podobne w Królestwie i całem państwie rosyjskiem można było zliczyć na palcach; korzystano z niej nietylko w celach klinicznych, lecz także sanitarnych i chemiko-technicznych; korzystały z niej nietylko Litwa i Białoruś, lecz i gubernie rosyjskie, a nawet zakątki Syberyi i Kaukazu. W ciągu 25-lecia wykonano przeszło 33.000 badań, w tem 6000 rozbiorów bezpłatnych.

Powstanie tej placówki nauki i pracy zawdzięczamy niestrudzonemu kierownikowi jej Dr Wojniczowi. W laboratoryum jego pracowało wielu słuchaczy medycyny i lekarzy; z nich niektórzy obecnie są profesorami na wszechnicach. Pracownia, a właściwie jej kierownik, wiele przyczynili się do poznania warunków higienicznych w Wilnie. Dr Wojnicz położył znakomite zasługi dla Wilna przez swe badania wody i produktów spożywczych, a i dotychczas pracuje niezmordowanie w tym kierunku, jako zarządzający miejską stacyą sanitarno-higieniczną. Toteż huczne oklaski i wyrazy uznania były odpowiedzią na mowę Dra Wojnicza, który w swym zarysie działalności pracowni Towarzystwa lekarskiego skromnie przemilczał o swych zasługach i olbrzymiej pracy.

W końcu odczytano sprawozdanie kasowe i biblioteki oraz protokół komisyi rewizyjnej; poczem obrano na rok 1912 następujący Zarząd Towarzystwa: Prezes Dr. Wojnicz, wiceprezes Dr Kotran, sekretarz I. Dr Safarewicz, sekretarz II. Dr Jabłonowski, bibliotekarz Dr Łukowski, kasyer Dr Bloch, kierownik pracowni Dr Wojnicz.

A. Safarewicz.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 20. grudnia 1911.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonnenberg.

1) Kol. Goldberg pokazał kobietę, u której dokonał **usunięcia wola.**

2) Odczyt kolegów: Pańskiego i Goldmana p. t.: **Przypadek operowanego nowotworu opon rdzeniowych.** W odczycie wspomniano, że przypadków operowanych nowotworów rdzenia lub jego opon ogłoszono około 125. Rozpoznanie przedstawia znaczne trudności.

Do utrwalenia danych, zarówno w kierunku rozpoznania, jak i usadowienia, przyczyniają się operowane przypadki. Chora, 19 lat, przyjęta na oddział 12/V 1911 r. Zwiastunem cierpienia były parestezye na kończynach dolnych, osłabienia kończyn prawych, potem lewych; w trzecim roku choroby bezwład zupełny k. d. l., porażenie k. d. p., osłabienie kończyn górnych znaczniejsze w k. l.; wybitne zaburzenia pęcherza i odbytnicy; bole w karku i między łopatkami. Wzmożenia odruchów ścięgnowych, stopopląs, obustronny objaw Babińskiego i Oppenheima. Po wyłączeniu zapalenia rdzenia, jamistości rdzenia, zapalenia ograniczonego opon, stwardnienia rozsianego, zatrzymaliśmy się na rozpoznaniu nowotworu opon rdzeniowych. Oznaczywszy na zasadzie zaburzeń czuciowych, ruchowych i odruchowych górną granicę nowotworu na wysokości V. i VI. kręgów szyjnych, postanowiliśmy wyciąć łuki ostatnich trzech kręgów szyjnych. Laminektomię wykonał kol. A. Goldman 17 maja. Operacya potwierdziła zarówno rozpoznanie, jak i oznaczenie siedziby nowotworu, który okazał się

mięsakiem limfatycznym. (Badania mikroskopowe wykonał kol. Lange). Po wyłuszczeniu nowotworu, chora zmarła. Najprawdopodobniejszą przyczyną śmierci było uśpienie chloroformowe (Goldman), które chora źle znosiła.

(Streszcz. własne).

W dyskusyi wzięli udział: kol. Goldberg, Szwarcwaser i prelegenci.

3) Kol. Goldberg przedstawił preparat **resekowanego żołądka.**

4) Kol. Goldman przedstawił preparat **nerki** (ren lobatus), usuniętej z przyczyny **roponercza.**

Sprawozdanie Sekretarzy z działalności Towarzystwa za r. 1911.

Skład osobisty Towarzystwa: Dnia 31 grudnia 1911 roku Towarzystwo liczyło 100 członków czynnych.

Zarząd Towarzystwa stanowili: Prezes kol Krusche, wiceprezes kol. Sterling, skarbnik kol. Trenkner (3 ostatnie miesiące zastępował kol. Rueger), bibliotekarz I. kol. Prechner, bibliotekarz II. kol. Wacław Jasiński (w pierwszej połowie roku sprawozd.) i kol. Goldberg (w drugiej połowie roku sprawozd.).

Komitety stałe: a) biblioteczny, koledzy: M. Cohn, Goldman i Trenkner; b) komisya rewizyjna: koledzy Wisłocki (w pierwszem półroczu), Litauer i Pański.

Sąd honorowy przy Towarzystwie stanowili: 1) Członkowie sądu: koledzy K. Jasiński, Grabowski, Józef Michalski, Pieniążek; 2) członek-zastępca: kol. Sonnenberg.

Komitety czasowe: Komisya, wybrana w r. 1910 w celu obmyślenia projektu i opracowania szczegółów obchodu jubileuszowego Towarzystwa, czynna była do czerwca roku sprawozdawczego.

W roku sprawozdawczym poniosło Towarzystwo straty przez śmierć kolegów: Ludwika Przedborskiego, jednego z najczynniejszych członków naszej instytucyi, człowieka o silnie zaznaczonej indywidualności i o głębokiem poczuciu obowiązków społecznych, oraz Jana Ginsburga. Nad grobem kol. Przedborskiego w imieniu Towarzystwa przemawiał kol. Skalski, a na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 21 czerwca r. u. kol. Grabowski w dłuższem przemówieniu, poświęconem działalności zmarłego, podkreślił żywy udział b. p. kol. Przedborskiego w życiu społeczno-lekarskiem, jego szczery stosunek do aspiracyi narodowych społeczeństwa polskiego, oraz zasługi jego w piśmiennictwie naukowo-lekarskiem.

W roku 1911 przyjęto w poczet członków Towarzystwa kolegów: Łaniewskiego, Garlicką i Lewinsona. Z Towarzystwa wystąpił kol. Wisłocki.

Wykreślono z grona członków Towarzystwa na podstawie wyroku sądu stałego przy Towarzystwie L. Klaczkina za jaskrawe reklamowanie się w prasie codziennej Sąd stały przy Towarzystwie w roku sprawozdawczym rozpatrywał 4 sprawy.

Zarząd Towarzystwa odbył 8 posiedzeń. Na posiedzeniach Zarządu omawiano sprawy, rozpatrywane następnie, o czem niżej, na posiedzeniach ogólnych Towarzystwa. Zarząd odbył 4 posiedzenia wspólnie z Komitetem organizacyjnym obchodu jubileuszowego.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 20 posiedzeń. Wykładów i rozpraw odczytano 15; dłuższych omówień przypadków kazuistycznych, metod rozpoznawczych i t. d, 3. Pod względem treści odczyty dzielą się na odczyty z dziedziny: I. chorób wewnętrznych (kol. Sterling) 1) »O poglądach Hucharda na choroby serca«; II. chorób dzieci (kol. S. Kramsztyk z Kołobrzega) 2) »O zaburzeniach w odżywianiu niemowląt w świetle poglądów najnowszych« 3) (kol. Czaplicki): »O ropnem zapaleniu opłucnej u dzieci«; III. chorób żołądka i jelit (kol. Maybaum) 4) »O rektoskopii, jej znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem»; IV. położnictwa i chorób kobiecych (kol. Kaufman) 5) »O samozatruciu w przebiegu ciąży«; V. chorób wenerycznych i skóry (kol. Golc) 6) »O salwarsanie przy kile«; VI. lecznictwa (kol. Sterling) 7) »O sztucznej odmie piersiowej«; VII. chirurgii (kol. Goldberg) 8) »Sprawozdanie z 250 znieczuleń lędźwiowych, dokonanych w szpitalu św. Aleksandra«; VIII. dyagnostyki (kol. Rozenblatówna) 9) »O anafilaksyi w rozpoznawaniu gruźlicy dziecięcej«; (kol. Tomaszewski) 10) »O obecnym stanie dyagnostyki czynnościowej nerek«; IX. z pogranicza chemii i farmakologii (kol. Sterling) 11) »O katalizie«; X. z dziedziny farmakologii (koledzy Mogilnicki i Gundzach) 12) »O elektrargolu w płonicy«; XI. bakteryologii (kol. M. Silberstrom) 13) »O anafilaksyi, jej stosunku do odporności i znaczeniu w patologii"; XII. chorób nerwowych (kol. Goldman i Pański) 14) »Przypadek operowanego nowotworu opon rdzeniowych«; XIII. higieny społecznej (kol. Trenkner) 15) »O stanie szpitalnictwa w Łodzi«.

Chorych w roku sprawozdawczym pokazano 28. I. Z dziedziny chirurgii 13 (koledzy A. Cohn, Goldberg, Goldman, Tereszkowicz). II. Z dziedziny chorób wenerycznych i skóry 7 (kol. Golc, Abratin, Grosglik). III. Z dziedziny chorób gardła i nosa 1 (kol. Helman). IV. Z zakresu chorób wewnętrznych 1 (kol. Sterling). Przedstawieni chorzy ze szpitali: Poznańskich, Aleksandra i Anny Maryi.

Z dłuższych omówień przypadków kazuistycznych i metod rozpoznawczych wymienić należy: 1) Kol. Krusche: Omówienie przypadku z własnej praktyki, oraz 2 przypadków podobnych z literatury — usunięcia wyrostka robaczkowego przy rozpoczynającym się porodzie i o roli sieci w podobnych przypadkach. 2) Kol. Sonnenberg: Szczegółowe omówienie techniki uwidocznienia drobnoustrojów według pierwowzoru Burriego. 3) Kol. Justman: Wrażenia z 28. Zjazdu dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie.

Preparatów anatomo-patologicznych, mikroskopowych, rentgenogramów i t. d. przedstawiono 26 (kol. Goldberg, Goldman, Krusche, Sang, Sonnenberg, Sterling i Tomaszewski).

W Sekcyi pedyatrycznej w r. 1911 było 9 posiedzeń: 4 odczytowe i 5 klinicznych. Wygłoszono następujące odczyty: kol. Schönaich: 1) O współczesnem występowaniu zapalenia nerek i gruczołów w przebiegu płonicy. 2) O nowych poglądach na powstawanie i przebieg płonicy. 3) Schematyczne przedstawienie karmienia niemowląt. Kol. Czaplicki: »O własnościach leczniczych sublimatu«. Na 5 posiedzeniach klinicznych w szpitalu Anny-Maryi przedstawiono 24 przypadki oraz 13 preparatów anatomopatologicznych.

Sekcya neurologiczna w r. 1911 odbyła 6 posiedzeń, na których pokazywano przypadki z dziedziny chorób nerwowych i umysłowych, jak również preparaty anatomo-patologiczne. Z wymienionych posiedzeń 3 odbyły się w Kochanówce. Poza tem, za przykładem roku zeszłego jedno posiedzenie poświęcone było referatowi, tym razem referatowi »O tłomaczeniu snów według Freuda«. Sekretarz sekcyi, kol. Klozenberg, stwierdza liczny udział w posiedzeniach sekcyi kolegów, mających inne specyalności.

Większa w roku sprawozdawczym frekwencya członków i gości, przybywających na posiedzenia Towarzystwa, udział w dyskusyi, świadczą o znacznem zainteresowaniu się sprawami naukowemi, oraz o tem, że instytucya, jak nasza, która pociąga do wspólnej pracy stu przeszło stowarzyszonych, staje się coraz bardziej zbiorową potrzebą ogółu lekarzy.

Dyskusye nad odczytami i pokazami były wogóle ożywione; niektóre stanowiły nawet uzupełnienia wygłaszanych przez prelegentów referatów. Z dłuższych przemówień w dyskusyach zaznaczyć należy: kol. Sterlinga: 1) W sprawie projektowanych reform w szpitalnictwie łódzkiem (w dysk. nad odcz. »O stanie szpitalnictwa w Łodzi«), 2) O podstawach teoretycznych działania leczniczego metali koloidalnych (dysk. nad odcz. »O elektrargolu«). Kol. Sonenberga: 1) O metodzie Albarrana z polyuryą doświadczalną (w dysk. nad odcz. »O obecnym stanie dyagno-

styki czynnościowej nerek«); 2) O podstawach chemoterapii (w dysk. nad odcz. »O salwarsanie«); 3) O etyologii świerzbiączki wobec nowoczesnych poglądów nauki o odporności (dysk. nad odcz. »O anafilaksyi«). Kol. Szwarcwasera: O dwóch teoryach Friedbergera histogenetycznej i humoralnej (dysk. nad odcz. »O anafilaksyi«). Kol. Birencweiga: O zmianach anatomo-patologicznych w przypadkach śmiertelnych wstrząsu anafilaktycznego (dysk. nad odcz. »O anafilaksyi«). Kol. Goldmana: W sprawie zapalenia ropnego opłucnej u dzieci (w dysk. nad odcz. »O zapaleniu ropnem opłucnej«).

Z działalności Towarzarzystwa wychodzącej poza zakres wzajemnego komunikowania sobie spostrzeżeń naukowych, podnieść należy:

1. Interwencyę Towarzystwa, z inicyatywy Zarządu, w sprawie strajku w aptekach łódzkich i związanego z bezrobociem anormalnego stanu w aptekach. Wdanie się naszego Towarzystwa w tę sprawę w znacznej mierze przyczyniło się do zakończenia bezrobocia.

2. Udział naszego Towarzystwa w obchodzie 50. rocznicy istnienia »Przeglądu lekarskiego«, oraz w Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, przez reprezentowanie Towarzystwa, zarówno w obchodzie jubileuszowym, jak i na Zjeździe, przez kol. Sterlinga i przez wysłanie telegramów gratulacyjnych w dniu 17 i 18 lipca.

3. Mianowanie z okazyi 50-lecia »Przegl. lekars.« Prof. S. Ciechanowskiego, głównego redaktora »Przeglądu lek.«, członkiem honorowym, w uznaniu jego działalności naukowej i zasług na polu piśmiennictwa lekarskiego polskiego.

4. Wysłanie telegraficzne życzeń z okazyi 50-lecia Towarzystwa lekarzy rosyjskich w Moskwie.

5. Rozpatrzenie podania, podpisanego przez 10 kolegów, w sprawie przeciwdziałania jaskrawej reklamie niektórych członków Towarzystwa i zadecydowanie wykonania uchwały, objętej artykułem 7 »Opinii Towarz. lek. w sprawie ogłoszeń lekarzy«.

6. Wniesienie pod rozpatrzenie Towarzystwa i bliższe zajęcie się projektem kol. Rutkowskiego w sprawie utworzenia w Towarzystwie Kółka antropologicznego w celu przeprowadzenia pomiarów ludności.

7. Bliższe zajęcie się projektem kol. Skalskiego, popartego przez kilku innych kolegów, dotyczącego podjęcia przez Towarzystwo sprawy uzdrowotnienia mieszkań dla ubogiej ludności przez przeciwdziałanie urządzaniu mieszkań w suterenach i poczynienie odpowiednich kroków u władz.

8. Podział pracy (pomiędzy członków Towarzystwa), mającej na celu wykonanie szeregu uchwał I. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych.

9. Wysłanie telegramu gratulacyjnego do Towarzystwa lekarsk. Charkowskiego na otwarcie kursów lekarskich dla kobiet.

10. Przeczytanie odezwy Zarządu Tow. lekarzy rosyjskich im. Pirogowa w sprawie zbierania składek na rzecz instytucyi tego imienia.

11. Zebranie przez sekretarzy Towarzystwa szczegółów przebiegu uroczystości jubileuszowych Towarzystwa i wydrukowanie ich w Pamiętniku Zjazdu lekarzy prowincyonalnych.

12. Ofiarowanie przez prezesa kol. Kruschego, z okazyi 25-lecia Towarzystwa, Rb. 150 na rzecz tej instytucyi.

Rok 1911 rozpoczął się pod znakiem jubileuszu naszego Towarzystwa. W roku tym zamknął się okres ćwierćwiekowego istnienia tej instytucyi. Jeśli postanowiliśmy obchodem 25-lecia zaprzątnąć szerszą uwagę, uczyniliśmy to dlatego, że pragnęliśmy wpatrzeć się w przeszłość minioną, nawiązać nić z latami ubiegłemi, rzeczowo ocenić plon naszych zabiegów i jednocześnie pragnęliśmy uczcić ideę, symbol zjednoczenia na drodze pracy, która przetrwała lat 25.

Dzieje tej przeszłości omówili na uroczystości jubileuszowej uproszeni przez Towarzystwo koledzy: Koliński i Pinkus. Z rozproszonego materyału źródłowego, wsparci na cyfrach, przez ugrupowanie spostrzeganych faktów, dali oni w najogólniejszych zarysach krótki całokształt tego okresu, dali obraz wierny, który budził nietylko zaciekawienie, gdyż przywracał nam pamięć o rzeczach minionych, lecz i pouczał o tem, co przez ćwierć wieku cechowało dążenia naszego Towarzystwa. A od odtwarzanych chwil przeszłości biegło do nas przeświadczenie, że wszystko, co zaprzątało umysły lekarzy u nas i zagranicą, znajdowało żywy zawsze oddźwięk i w naszem Towarzystwie i było przedmiotem odczytów i wspólnych rozważań; że nie zamykaliśmy się jednakże w szranki wyłączności, że imię naszej instytucyi wiązało się z wieloma poważnymi objawami pracy obywatelskiej, że nie brakło tu wystąpień i w sprawach społecznych, a nadewszystko, kiedy patrzyliśmy poza siebie, widzieliśmy, że pracę naszego Towarzystwa, jak również i tych, którzy stali u steru naszej instytucyi, cechowała zawsze: świadomość zadań i obowiązków.

W mowach znów uroczystych przez usta delegatów uwydatniono i podnoszono inne cechy naszego Towarzystwa, jak wytrwałość i energię i podkreślono, że w granicach naszego bytu zrobiliśmy i robimy więcej, niż warunki tego bytu czynić pozwalają...

Jubileusz obchodziło nasze Towarzystwo poważnym czynem naukowym, bo Zjazdem w Łodzi lekarzy prowincyonalnych, który zeszedł się z obchodem uroczystości jubileuszowych (w d. 3 i 4 czerwca 1911). Prócz tego z okazyi 25-lecia Towarzystwo mianowało członkami honorowymi tych żyjących członków naszego Towarzystwa, którzy przed 25 laty tak dobrze ocenili potrzebę zrzeszania się i za staraniem których położono podwalinę pod instytucyę. Dalej złożyliśmy w ten sam sposób dowody wdzięczności i uznania tym z naszych lekarzy, którzy — zdaniem naszem — wyróżniali się swą działalnością naukową lub zasługami na polu dydaktycznem.

Udział gości w obchodzie jubileuszowym naszego Towarzystwa był niezwykle liczny, uczestniczyli w nim bowiem lekarze z całego obszaru ziem polskich. Wśród gości naszych widzieliśmy bardzo wielu, którzy chlubnie zapisali swe imiona w dziejach nauki polskiej. Obecność tych tak licznych a tak dostojnych gości nie była tylko dowodem kurtuazyi i przychylności, lecz wskazywała, jaką wagę nasz świat lekarski przywiązywał do spraw naszego Towarzystwa, oraz świadczyła, że chodzi tu o sprawę niemałej doniosłości, gdyż o rozwój i rozkwit instytucyi, przechowującej kult dla nauki rodzimej i przez to współdziałającej dobru społeczeństwa. Dzięki temu licznemu udziałowi obchód jubileuszowy urósł do rozmiarów większych, niż przypuszczaliśmy, stąd praca nasza dla instytucyi zyskała poparcie moralne, a instytucya — utrwalenie ideowego stanowiska.

Towarzystwo nasze nietylko zachowa wdzięczną pamięć owej chwili i wrażeń niezapomnianych, lecz wyniesie wspomnienie krzepiące i zachęcające do dalszej pracy.

Sekretarze: E. Sonenberg, A. Tomaszewski.

Epidemia ospy w Łodzi w roku 1911
pod względem statystycznym

podał

Dr Stanisław Skalski.

(Wygłoszone na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Łodzi 6. III. 1912).

Chcę przedewszystkiem ustalić fakt, że w roku ubiegłym mieliśmy w Łodzi epidemię ospy, której niemal nie-

dostrzeżono, mimo że zabrała z górą tysiąc trzysta ofiar, oraz stwierdzić, że ku jej zwalczeniu nie uczyniono nic prawie. Zrobić to zamierzam na zasadzie danych, czerpanych z jedynego istniejącego źródła — ksiąg parafialnych poszczególnych wyznań, po zniesieniu bowiem przed paroma laty rejestracyi zgonów, to tylko źródło pozostało ku czerpaniu danych do prac statystycznych, dotyczących śmiertelności mieszkańców naszego miasta.

Ścisłość danych, zawartych w dokumentach, czy księgach urzędników stanu cywilnego, może nastręczać pewne wątpliwości, boć urzędnik ów polega jedynie i wyłącznie na oświadczeniu kogoś z rodziny lub świadka, że śmierć zmarłego nastąpiła wskutek tej czy innej choroby, a rozpoznanie to nie może w wielu razach być dokładne, w szczególności zaś wtedy, gdy idzie o sfery niezamożne, o ludność pracującą. Zastrzeżenie to, słuszne najzupełniej, gdy chodzi o każdą chorobę, w stosunku do ospy mniej może jest uzasadnione. Ospa tak wybitnie różni się od innych chorób, że kto ją raz widział, ten ją napewno rozpozna, choć nie jest lekarzem, a któż z uboższej ludności kraju naszego nie widział ospy! Może być jedynie mowa o tem, że pewna część przypadków ospy bywa świadomie meldowana u urzędnika stanu cywilnego jako »krosty«. Takie zapiski spotykałem, nie liczyłem ich na karb ospy, pomimo głębokiego przekonania, że o ospę szło, i mimo to naliczyłem tysiąc trzysta osiem zgonów wskutek ospy. Niektóre kancelarye trzymają się zresztą dotąd dawnego przepisu i wymagają po staremu świadectwa lekarza co do przyczyny zgonu. Tak czyni kancelarya rabina, względnie gmina żydowska w Łodzi.

Po tych omówieniach sądzę, że można dane, zebrane przezemnie, uważać za możliwie dokładne i pozwalające na snucie wniosków, pamiętając jednak, że na obraz, na zasadzie danych tych nakreślony, należy patrzeć przez szkła zlekka powiększające, by ujrzeć właściwe napięcie epidemii, bo przecież podstawą dla wniosków naszych są tylko zgony, a zachorowań było bez porównania więcej.

Podkreślić muszę uprzejmość ze strony duchowieństwa wszystkich wyznań, do których bądź listownie, bądź osobiście zwracałem się o materyał cyfrowy i podziękować za tę uprzejmość.

Na prośbę mą nie reagowały jedynie najdrobniejsze grupki wyznaniowe, jak nowochrzceńcy (baptyści), ewangielicy-reformowani, członkowie wolnego kościoła reformowanego, bracia morawczycy, oraz maryawici; w sumie jest to tak drobna część mieszkańców półmilionowego miasta, że na obliczenia nasze wpływu wywrzećby nie mogła; mówię więc o tem jedynie dla ścisłości, najliczniejsza bowiem z powyżej wymienionych grup — maryawici — liczy według spisu jednodniowego z listopada 1911 zaledwie 2808 głów.

Niech mi też wolno będzie wypowiedzieć zdanie i niech uzyska ono poparcie Szanownych Kolegów, że rzeczą jest konieczną przywrócić rejestracyę zgonów, bo po zniesieniu jej żyjemy jakby w kraju barbarzyńskim. W Cesarstwie Rosyjskiem istnieje rejestracya przyczyn zgonów, istnieje ona i w Warszawie, czemu więc u nas w Łodzi została zniesiona? Czyż z tą sprawą czekać mamy na zaprowadzenie samorządu, a tymczasem pozwalać, by każda epidemia, niedostrzeżona, więc i nie zwalczana w początkach, robiła szczerby w ludności naszego miasta? Czemu o walce z cholerą, będącą jeszcze »za siódmą górą i za siódmą rzeką«, mówi się i pisze, a nawet przedsiębierze przeciwko niej środki zaradcze, a ospa, jedyna choroba, przeciwko której zdobyliśmy, dzięki Jennerowi, broń całkiem pewną, ospa, wymieciona już dawno z krajów cywilizowanych, u nas sprawia tak poważne szkody, jak to widzimy z cyfr następującej tablicy.

Śmiertelność ogólna i wskutek ospy w r. 1911 w Łodzi na podstawie zapisków parafialnych.

	Parafia lub gmina wyznaniowa	Zmarło w roku 1911 ogółem	Zmarło w roku 1911 na ospę	Stosunek procentowy śmiertelności ogólnej do ospowej	Zmarło w roku 1911 powyż. lat 14 ogółem	Zmarło w roku 1911 powyż. lat 14 na ospę	Zmarło w roku 1911 dzieci poniżej 14 lat ogółem	Zmarło w roku 1911 dzieci poniżej 14 lat na ospę	Stosunek procentowy śmiertelności ogólnej dzieci do ospowej
Katolicy	N. Maryi Panny (Bałuty)	3243	570	17,89		9		561	
	Świętego Krzyża	1462	149	10,19		30		119	
	Św. Stanisława Kostki	1154	98	8,49		4		94	
	Św. Anny (Zarzew)	953	119	12,49	249	1	704	118	16,78
	Św. Wojciecha (Chojny)	951	130	13,67	209	1	744	129	17,34
	Św. Józefa	825	31	3,76	261	1	564	30	5,32
	Św. Kazimierza (Widzew) od 14. IV. 1911	319	49	15,36		1		48	
	Ogółem u katolików	8907	1146	12,85		47			
Ewangielicy	Jana Ewangielisty	1026	60	5,85	408	2	618	58	9,38
	Trójcy Św.	670	57	8,50		0		57	
	Ogółem u ewangielików	1696	117	6,90		2		115	
	Prawosławni	165	12	7,27	56	1	109	11	10,09
	Gmina żydowska	2913	33	1,13		9		24	
	Ogółem	13681	1308	9,55		59		1249	

Z tablicy tej, opracowanej według wyznań, widzimy, że największa śmiertelność wskutek ospy była na Bałutach wśród ludności katolickiej, gdzie dała 570 zgonów, co w stosunku do 3243 zgonów wogóle równa się 17·89 procentom. Mniejszy nieco % śmiertelności wskutek ospy dała parafia Św. Kazimierza (Widzew), gdzie od chwili utworzenia parafii, t. j. od 14 kwietnia 1911, zmarło na ospę 49 osób, inaczej 15·36% w stosunku do 319 zgonów w okresie tym zapisanych. Z kolei trzecie miejsce przypada w udziale parafii św. Wojciecha (Chojny), gdzie zgonów było 951, z ospy 130, co obliczone w procentach daje 13·67. Gdyby nie parafia św. Józefa, obejmująca dzielnicę w pobliżu fabryki Poznańskiego, z jej względnie bardzo małą śmiertelnością wskutek ospy, nastręczającą zresztą uwagi i zastrzeżenia, wypadłoby stwierdzić, że na kresach miasta naszego śmiertelność wskutek ospy jest niezmiernie wysoka, wyższa znacznie, niż w centrum miasta, co świadczy o zaniedbaniu szczepienia i rewakcynacyi wśród najuboższej ludności Łodzi, którą bieda, a przedewszystkiem drożyzna mieszkań w centrum, wypędza na kresy. Śmiertelność w parafii św. Józefa wskutek ospy wyniosła zaledwie 3·76% ogółu zgonów, umarło tam na ospę osób 31, zgonów było ogółem 825. Dwie parafie, w środku miasta leżące, św. Krzyża i św. Stanisława Kostki, dały

śmiertelność mniejszą od kresowych. Pierwsza t. j. św. Krzyża — 10·19% przy 1462 zgonach ogółem, w tej liczbie od ospy 149. Poważna ta liczba blednie wobec 570 zgonów ospowych na Bałutach. W drugiej, t. j. św. Stanisława Kostki, z 1154 zgonów 98 nastąpiło wskutek ospy, co w odsetkach wynosi 8·49%. Ogółem tedy ospa zabrała wśród ludności katolickiej 1146 ofiar, czyli lwią część tego, co umarło na tę straszną chorobę w Łodzi. Pamiętajmy, że katolików mieszka w Łodzi według spisu jednodniowego, dokonanego w listopadzie roku zeszłego, 262.539, ewangielików 67.912, wyznania mojżeszowego 166.028, prawosławnych 6.033, maryawitów 2.808, baptystów 1.261, protestantów reformowanych 752, mahometan 333, wyznania reformowanego 150, morawczyków 81, adwentystów 19, wyznania gregoryańskiego 2.

Daleko lepszy stan rzeczy widzimy w obu parafiach ewangielickich. Już parafia św. Trójcy, jakkolwiek do niej należą ewangielicy, zamieszkali na Bałutach, miała tylko 57 przypadków śmierci wskutek ospy, co obliczone w odsetkach w stosunku do ogólnej liczby 670 zgonów wynosi 8·50%. Natomiast druga parafia ewangielicka, mająca w swym obrębie ludność zamożniejszą, przy śmiertelności ogólnej 1.026 osób wynoszącej, miała już tylko 60 zgonów wskutek ospy, albo 5·85%.

Ze 165 zgonów wśród ludności prawosławnej przypada na ospę 12 albo 7·27%.

Najlepiej sprawa ospy stoi wśród ludności wyznania mojżeszowego Łodzi: wobec 2.913 zgonów, wogóle było tam wszystkiego 33 przypadki śmierci wskutek ospy, inaczej 1·13%. Swiadczy to, że żydzi dbają o swe zdrowie bardziej od chrześcian i że ta dbałość na dobre im wychodzi. Warto też zaznaczyć, że pokaźna część zmarłych na ospę żydów, to mieszkańcy Bałut, gdzie w zetknięciu ze strasznie wśród tamtejszej ludności rozwielmożnioną ospą, mieli wszelką okazyę do zarażenia się.

Ta mała śmiertelność wskutek ospy wśród ludności wyznania mojżeszowego Łodzi mogłaby być podana w wątpliwość, gdyby nie fakt wymagania świadectwa lekarskiego lub policyjnego co do każdego zgonu, o czem wspomniałem wyżej, oraz gdyby nie znana dbałość żydów o swe zdrowie, zmuszająca ich do szukania porady nawet w razie nieznacznych cierpień, a cóż dopiero w razie ospy, co najzupełniej usunąć musi wątpliwości nasze co do rozpoznania. Na uwagę zasługuje fakt, że wśród żydów umarło na ospę 24 dzieci, dorosłych zaś 9 — stosunek jak 8:3, gdy wśród ludności chrześciańskiej stosunek ten równa się 51:2. Innemi słowy wśród żydów umiera stosunkowo więcej dorosłych, wśród chrześcian więcej dzieci.

Ogółem wobec 13.681 zgonów, jakich doliczyliśmy się w Łodzi i na przedmieściach, umarło na ospę w roku ubiegłym (1911) osób 1.308, albo w odsetkach 9·55% ogółu zmarłych. Dla porównania warto zaznaczyć, że w notatkach z Wystawy higienicznej w Dreźnie znajduję następujące dane: Za czas od r. 1882 do 1896 umierało na każde sto tysięcy ludności na ospę:

w Szwecyi	0·5	w Anglii	2·9
w Niemczech	0·7	w Belgii	18·2

w Austryi 38·6, u nas zaś w Łodzi średnio 257, a według wyznań obliczone na 100.000 u żydów 19·9, u ewangielików 172·3, u prawosławnych 198·9, u katolików 436·5.

Gdyby nawet tę najgorszą cyfrę austryacką przenieść na nasz grunt, powinnibyśmy mieć jakieś 212 przypadków śmierci wskutek ospy, a nie 1.308. O porównaniach ze Szwecyą lub Niemcami już nawet nie mówię.

Widzimy z tablicy, że ospa sprawiła istną »rzeź niewiniątek« wśród dziatwy poniżej lat 14, zabierając 1.249 ofiar. Świadczy to o strasznem zaniedbaniu szczepienia ospy niemowlętom, gdyż np. w parafii ewangielickiej św. Trójcy widzimy, że epidemia ospy zabrała niemal wyłącznie dzieci od paru miesięcy do 2 lat. Na zmniejszenie śmiertelności dorosłych wpływał zapewne fakt szczepienia tu i owdzie po fabrykach nowoprzyjętych pracowników, oraz może w pewnej części zwiększająca się z wiekiem odporność. Właściwie nawet, starsi na gruncie łódzkim podlegają już rewakcynacyi, w myśl bowiem nieodwołanych przepisów prawa z r. 1811 każde niemowlę bywa u nas po wsiach, miasteczkach lub osadach szczepione, gdy w Łodzi poddaje swe dzieci szczepieniu ten tylko, kto usilnie tego pragnie, lub zgodzi się ponieść koszta tej operacyi, przykrości bowiem, na jakie bywa narażony każdy, udający się do cyrkułów, gdzie się odbywa szczepienie ospy, konieczność czekania parę, lub kilka godzin, najbardziej cierpliwego zniechęcić może.

Wypowiedziałem na początku zdanie, że epidemia w ciągu roku rosła w sile. Sumując cyfry zgonów wskutek ospy w trzech parafiach chrześciańskich, oraz w gminie żydowskiej — co do innych brak mi wykazów miesięcznych, — otrzymamy następujący szereg cyfr za rok ubiegły:

Miesiące	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Liczba zgonów	17	15	31	33	34	34	61	78	107	116	116	90

Nie mnie pierwszemu przypada w udziale ten smutny obowiązek stwierdzania opłakanego zaniedbania środków zapobiegawczych przeciwko chorobom zakaźnym w naszem mieście. Protokóły posiedzeń zarówno Towarzystwa lekarskiego, jak higienicznego, obfitują w takie dane, sądzę jednak, że smutniejszego obrazu od obecnego niepodobna było namalować, brakłoby bowiem dawniej odpowiednio ciemnych barw, — cyfr zgonów, które mamy obecnie do rozporządzenia.

Jakto, w mieście półmilionowem, leżącem o kilka godzin drogi od kraju, gdzie ospy prawie nie znają, umiera na tę, hańbiącą naród cywilizowany chorobę, w ciągu roku z górą 1.300 osób, a władze miejskie, czy inne, nie przedsiębiorą żadnych środków zaradczych przeciwko epidemii, nie można bowiem za środek zaradczy uważać owej, zresztą mało bardzo skutecznej, bo zbyt mało razy wydrukowanej w pismach w dziale ogłoszeń odezwy magistrackiej, nawołującej do szczepienia ospy. Drukując te ogłoszenia, władze zapomniały widocznie o nizkim poziomie oświaty, o olbrzymiej ilości nieumiejących czytać, których o potrzebie szczepienia ospy należy pouczyć z ambony kościelnej, a o zwróceniu się z odpowiednią prośbą do duchowieństwa nikt nie pomyślał. Po za owemi ogłoszeniami nic więcej nie zrobiono, wszelkie zaś inne projektowane zarządzenia tkwią, jak dotąd, w krainie niespełnionych marzeń, niewyśnionych snów. Przyzna chyba każdy, że to nieco mało wobec 1.300 zgonów. Domu izolacyjnego dotąd nie mamy, nie mamy też dotąd możności usunąć chorego na ospę z jego mieszkania, bo w wiecznie przepełnionym ospowymi szpitalu zakaźnym stale brak miejsca, chory czeka więc w mieszkaniu na wakans (!!), a członkowie jego rodziny idą do pracy, sąsiedzi, znajomi odwiedzają chorego i szerzą dokoła siebie zarazę.

Pamiętajmy, żeśmy mieli w roku zeszłym 59 zgonów z powodu ospy wśród dorosłych, co przy śmiertelności w szpitalu dla zakaźnych, wynoszącej 17·9%, uprawnią nas do przypuszczenia, że liczba zachorowań na ospę wśród dorosłych po za obrębem tego szpitala dosięgła 330 przypadków. W ten sam sposób obliczona liczba dzieci, które zapadły na ospę, wobec 1.249 zgonów i 36·3% śmiertelności dziecięcej w szpitalu, da nam 3.457 zachorowań. W sumie jakieś do 4.000 przypadków zasłabnięć na ospę, lub raczej dużo więcej, bo do szpitala dostają się tylko cięższe przypadki, wśród których śmiertelność jest większa, niż wśród tych, którzy w domu pozostali.

Wolno postawić pytanie, czy we wszystkich 1.308 przypadkach zgonów wskutek ospy była czynna Izba odkażająca. W odpowiedzi na to pytanie Sz. kolega dr Bartoszewicz donosi mi, że po ospie dokonano 232 odkażeń. Nawet po doliczeniu 18 odkażeń, wykonanych po ospie przez

służbę zdrowia T. A. Manufaktury bawełnianej Widzewskiej, pozostanie tysiąc kilkadziesiąt (1.068) przypadków śmierci wskutek ospy, po których nie robiono dezynfekcyi, i całe mnóstwo przypadków, w których chorzy zostali przy życiu, a mieszkania ich nie odkażono. Czy wobec tego wolno mówić o dążeniu do wygaszenia lub choćby przytłumienia epidemii? Chyba nie.

Po tem, co powyżej powiedziałem, sądzę, iż obowiązkiem naszym jest zwrócić uwagę, kogo należy, co do konieczności natychmiastowych zarządzeń, zwalczenie ospy na celu mających. Wszak materyału palnego w postaci osób dorosłych, lub dzieci nieszczepionych nie brak u nas, więc tylko patrzeć, jak przygasające ognisko na nowo rozgorzeje i znów staniemy bezradni, nie mając dokąd skierować nieszczęśliwego, którego własna, lub cudza nieoględność przyprawiła o chorobę.

Proponowałbym powzięcie następujących wniosków:

Towarzystwo lekarskie łódzkie, przekonawszy się z danych cyfrowych o rozmiarach, jakich w roku ubiegłym dosięgła ospa, uważa za wskazane:

1) Ścisłe przestrzeganie, a raczej przywrócenie niezniesionego u nas dotąd rozporządzenia Księcia warszawskiego Elektora Saskiego z d. 4 września r. 1811 co do szczepienia ospy ochronnej wszystkim noworodkom w ciągu pierwszego roku ich życia. Przy wykonywaniu tego prawa może wzorem Warszawy należałoby się posługiwać odpowiedniemi deklaracyami ze strony rodziców niemowląt, że we właściwym czasie dostarczą dziecko na stacyę szczepienia ospy, gdzie po dokonaniu zabiegu otrzymają odpowiednie świadectwo.

2) W celu umożliwienia szczepienia oraz rewakcynacyi należy urządzić w różnych punktach miasta stacye bezpłatnego szczepienia wraz z bezpłatnem wydawaniem świadectw po uprzedniem sprawdzeniu wyniku szczepienia, czy rewakcynacyi.

3) Przedstawić władzom miejskim konieczność wezwania ludności do szczepienia ospy sobie i otoczeniu, zapomocą odezw w pismach, kart ulotnych, rozdawanych w ambulatoryach szpitalnych i fabrycznych, ogłoszeń rozlepianych na ulicach, oraz nawoływania z ambony kościelnej lub katedry wykładowej.

4) Zwrócić się z odpowiednią odezwą do inspekcyi fabrycznej, aby zarządzono rewakcynacyę wszystkich osób, zajętych po fabrykach i szczepiono nowoprzyjętych do pracy.

5) Wystosowanie odezwy do zarządu miejskiego, by zwrócił baczniejszą uwagę na stan sanitarny przedmieść przyłączonych do Łodzi, oraz zajął się wypracowaniem przepisów, czy warunków opieki nad wsiami, bezpośrednio łączącemi się z Łodzią.

6) Uzasadnić wobec władz miejskich potrzebę szczepienia ospy służbie domowej, stróżom i ich rodzinom i wyjednać odpowiednie polecenie.

7) Wprowadzić obowiązkowe szczepienie ospy wszystkim mieszkańcom domu, gdzie zdarzył się przypadek ospy.

8) Zwrócić uwagę zarządu miejskiego na konieczność natychmiastowego zwiększenia liczby łóżek dla chorych na ospę w szpitalu dla zakaźnych, tak, by każdy chory mógł znaleść tam natychmiast miejsce i nie potrzebował czekać na swą kolej, jak obecnie po kilka lub więcej dni.

9) Wprowadzić obowiązkowe bezpłatne odkażanie mieszkań po ospie. Powinno ono być wykonywane bez wezwania właściciela mieszkania, w którym zdarzył się przypadek, wprost na zasadzie polecenia ze szpitala dla zakaźnych.

10) Towarzystwo lekarskie uważa, że 50 łóżek dla chorych na ospę w projektowanym szpitalu dla zakaźnych bezwarunkowo nie wystarcza i liczbę łóżek należy conajmniej podwoić.

11) Urządzić jaknajprędzej dom izolacyjny dla rodzin dotkniętych chorobami zakaźnemi na czas odkażania ich mieszkania.

12) Zobowiązać gospodarzy domów do obowiązkowego zawiadamiania policyi, względnie lekarza cyrkułowego, o każdym przypadku ospy, jaki się zdarzy w ich domu.

13) Przywrócić zawiadamianie lekarzy miejskich ze strony lekarzy domowych o każdym przypadku choroby zakaźnej, a w szczególności ospy, zapomocą kart pocztowych kolorowych, opatrzonych w markę 1 kop., wrzucanych do skrzynek pocztowych i doręczanych przez listonoszy według adresu. Karty ospowe powinny się różnić kolorem od innych.

14) Przywrócenie jaknajszybsze rejestracyi zgonów z obowiązkowem dokonywaniem co tydzień zestawień o rodzaju chorób panujących w mieście i zawiadamianiem redakcyi pism miejscowych.

15) Stworzenie w Łodzi instytutu szczepienia ospy przy nowym szpitalu.

16) Utworzenie stanowisk lekarzy szkolnych przy szkołach początkowych miejskich i powierzenie im pieczy nad sprawą zwalczania chorób zakaźnych w szkole lub poza szkołą, a w pierwszej linii sprawę walki z ospą drogą szczepienia i rewakcynowania.

17) Utworzenie stanowiska lekarza sanitarnego miejskiego lub włożenie tych obowiązków na jednego z lekarzy cyrkułowych.

18) Sprawy powyższe załatwi Towarzystwo lekarskie samo (wydanie lub wydrukowanie w pismach odezw, nawołujących do szczepienia), albo też zwróci się do władz miejskich w Łodzi, lub do władz wyższych z odpowiedniem przedstawieniem.

Stan obecny szpitalnictwa w Łodzi.

Zebrał

Dr H. Trenkner.

(Dokończenie).

Personal szpitalny.

1) Obsługę lekarską uwydatnia następujące zestawienie:

Szpitale	Ilość lekarzy				Ile łóżek przypada na 1 lekarza
	Ordynatorzy	Specyaliści	Miejscowi	Eksterni	
Powiatowy św. Aleksandra	4	1	—	4	11
Miejski dla chorych zakaźnych	1	—	—	—	40
Ewangielicki	2	—	1	—	13
Zydowski im. Poznańskich	10	—	2	—	10
Anny-Maryi dla dzieci	2	3	3	4	11
W Kochanówce dla umysłowo chorych	5	—	—	—	52
Fabryczny Czerwonego Krzyża	4	3	1	1	12
» Scheiblera	3	—	—	—	23
» Poznańskich	1	5[2])	—	—	45
» w Widzewie	1	—[2])	—	—	32
» przy ul. Nawrot	2	2[2])	—	—	20
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobr.	1	—	—	—	4
Przytułek położniczy »Linas Chacholim«	1	1[2])	—	—	14
Lecznica przy ulicy Podleśnej Nr 15	6[1])	—	—	—	9
Lecznica przy ulicy Piotrkowskiej Nr 251	6[1])	—	—	—	7
Lecznica przy ulicy Wólczańskiej Nr 3	3	—	—	—	4

[1]) Różnych specyalności. [2]) Konsultanci.

2) Wynagrodzenie lekarzy.

Tablica IV.

Szpitale	Lekarz naczelny	Ordynatorzy etatowi	Ordynatorzy nadetatowi	Eksterni	Miejscowi	Specyaliści
	Rubli					
Powiatowy św. Aleksandra	800	300	—	—	—	—
Miejski dla chorych zakaźnych	1000	—	—	—	—	—
Ewangielicki	—	—	—	—	650	—
Żydowski im. Poznańskich	600	280	—	—	1000	—
Anny-Maryi dla dzieci	2000	800 (chirurg)	—	300	750	300
W Kochanówce dla umysłowo chorych	3000	1800 1440 960 600	—	—	—	—
Fabryczny Czerw. Krzyża	1000	400	—	—	?	płatni od porady
» Poznańskich	—	1100	—	—	—	300
» przy ul. Nawrot	—	600	—	—	—	płatni od porady
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobr.	—	300	—	—	—	—
Przytułek położniczy »Linas Chacholim«	—	—	—	—	—	—

3) Felczerzy i pielęgniarki.

Tablica V.

Szpitale	Ilość felczerów	Roczne wynagrodzenie felczerów rb.	Ilość pielęgniarek	Roczne wynagrodzenie pielęgniarek	Razem felczerów i pielęgniarek	Ile łóżek przypada na 1 felczera lub pielęgniarkę
Powiatowy św. Aleksandra	1	300	—	—	1	88
Miejski dla chorych zakaźnych	1	360	1	240	2	20
Ewangielicki	—	—	12[1]	35	12	3
Żydowski im. Poznańskich	—	—	—	—	—	—
Anny-Maryi dla dzieci	—	—	12	180—216	12	11
W Kochanówce dla umysłowo chorych	1	360	4	216—264	5	52
Fabryczny Czerw. Krzyża	1	480	2	240	3	33
» Scheiblera	2	?	—	—	2	35
» Poznańskich	1	360	3	180	4	11
» w Widzewie	3	?	—	—	3	11
» przy ul Nawrot	1	624	1	240	2	20
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobrocz.	—	—	1[2])	200	1	4
Przytułek położniczy przy »Linas Chacholim«	—	—	1[3]	60 kop. za 12 godzin	1	14
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15	1	1200	2	108	3	18
Lecznica przy ul. Piotrkowskiej 251	1	?	3	?	4	10
Lecznica przy ul. Wólczańskiej	1	780	1	360	2	6

[1]) Sióstr miłosierdzia.
[2]) Akuszerka.
[3]) Przychodnia w razie potrzeby.

4) Służba niższa na salach.

Tablica VI.

Szpitale	Ilość służących	Wynagrodzenie miesięczne rb.	Ile łóżek przypada na 1 służącego
Powiatowy św. Aleksandra	8	8—10	11
Miejski dla chorych zakaźnych	4	8—12	10
Ewangielicki	2	20 (?)	20
Żydowski im. Poznańskich	19	7—20	6
Anny-Maryi dla dzieci	?	(?)	?
W Kochanówce dla umysłowo chorych	60	10—13	4—5
Fabryczny Czerw. Krzyża	9	7—11	11
» Scheiblera	5	do 30 (?)	14
» Poznańskich	4	10	11
» w Widzewie	2	$7^1/_2$	16
» przy ul. Nawrot	2	10	20
Przytułek położniczy Chrz. Tow. Dobrocz.	1	5	4
» » »Linas Chacholim«	1	8	14
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15	6	9—14	9
» » » Piotrkowskiej Nr 251	?	(?)	?
» » » Wólczańskiej Nr 36	2	(?)	6

Wydatki na lekarstwa i opatrunki w r. 1910.

Tablica VII.

Szpitale	Za rok 1910 rb.	Na 1 łóżko wypada rocznie rb.	Na 1 łóżko wypada dziennie kop.
Powiatowy św. Aleksandra	5200	60	17
Miejski dla chorych zakaźnych	1120	28	8
Ewangielicki	2504	$62^1/_2$	18
Żydowski im. Poznańskich	4872	43	12
W Kochanówce dla umysłowo chorych	2200	$8^1/_2$	$2^1/_2$
Anny-Maryi dla dzieci	2808	22	6[1])
Fabryczny Czerw. Krzyża	2269	22	6[1])
» Scheiblera	4303	61	17
» Poznańskich	?	—	—
» w Widzewie	2612	82	23
» przy ul. Nawrot	1580	40	12
Przytułek położniczy przy Chrz. Tow. Dobrocz.	70	18	5
Lecznica przy ul. Podleśnej Nr 15	3170	58	16
» » Wólczańskiej	1800	140	40 (?)

[1]) Materyały opatrunkowe prawdopodobnie nie zostały wliczone.

Własne apteki posiadają następujące szpitale: żydowski im. Poznańskich, fabryczny Scheiblera i szpital dla umysłowo chorych w Kochanówce.

Pomoce szpitalne.

Sale operacyjne urządzone według współczesnych wymagań posiadają szpitale: żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Czerw. Krzyża, Scheiblera i lecznica przy ul. Podleśnej. W każdym z tych szpitali są oddzielne sale do operacyi septycznych i aseptycznych. Szpital miejski dla chorych zakaźnych ma 2 niewielkie zaimprowizowane pokoiki opatrunkowe. Szpital w Kochanówce nie posiada zupełnie sali operacyjnej.

Szpitale: w Widzewie, miejski szpital dla chorych zakaźnych, oba przytułki położnicze, nie posiadają własnych urządzeń do wyjaławiania materyałów opatrunkowych.

Urządzenie elektro- i hydroterapeutyczne posiadają szpitale: żydowski, ewangielicki, Scheiblera, Czerw. Krzyża i Lecznica przy ul. Podleśnej.

Z wyjątkiem szpitala fabrycznego w Widzewie i obu przytułków położniczych wszystkie szpitale posiadają mniejsze lub większe pracownie, zaopatrzone w mikroskop. Większe pracownie posiadają szpitale: żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Kochanówka.

Przyrządy Roentgena posiada 6 szpitali: żydowski, ewangielicki, Anny-Maryi, Scheiblera, Czerw. Krzyża i Lecznica przy ul. Podleśnej.

Biblioteki lekarskie znajdują się w szpitalach: żydowskim, Anny-Maryi, Kochanówce, Scheiblera, Czerwonego Krzyża.

Prosektorya do badań pośmiertnych posiadają szpitale: Anny-Maryi, Kochanówka i ewangielicki.

Opłaty dzienne.

Na klasie III od chorych pobierane są dziennie opłaty według następującej taksy:

Tablica VIII.

Szpital	Oddział			
	wewnętrzny		chirurgiczny	
	rb.	kop.	rb.	kop.
Powiatowy św. Aleksandra	—	75	1	—
Ewangielicki	1	25	1	50
Żydowski	—	75	1	—
» na oddziale gruźliczym	1	25	—	—
Kochanówka	[1]	16	—	—
Czerwonego Krzyża	1	25	1	50
Lecznica przy ul. Podleśnej	1	75	—	—
» » Piotrkowskiej	1	85	—	—

[1]) Miesięcznie 35.

Przy tak zwanych »abonamentach« szpitale pobierają od fabrykantów średnio 200 rb. rocznie od abonowanego łóżka, a nadto od 1·— do 1·25 rb. za każdy dzień szpitalny.

Z powyższego widzimy, że szpitalnictwo łódzkie pod względem jakościowym przedstawia się naogół zupełnie zadowalniająco. Szpitale: żydowski, ewangielicki, Lecznica przy ul. Podleśnej i Anny-Maryi odpowiadają całkowicie współczesnym wymaganiom szpitalnictwa. Najniżej pod każdym względem, zarówno co do budynku, co do zaopatrzenia w pomoce lekarskie, urządzenia gospodarskie (mała ilość wanien), jak i co do ilości służby, wydatków na żywienie chorych i t. d. stoi zależny od Rady Dobroczynności publicznej powiatowy szpital św. Aleksandra.

Nie odpowiada również elementarnym wymaganiom szpitalnictwa budynek jedynego szpitala miejskiego dla chorych zakaźnych, aczkolwiek pod względem wydatków na żywienie chorych, dostatecznej ilości służby, zaopatrzenia w bieliznę i dostatecznej ilości wanien szpital ten nie ustępuje pozostałym.

Bardzo prymitywnie przedstawia się również jedyny chrześcijański przytułek dla rodzących.

Pod względem urządzeń laboratoryjnych i pomocniczych (sala operacyjna, aparaty rentgenowskie, urządzenia elektro- i hydroterapeutyczne) szpitale: ewangielicki, Anny-Maryi, Poznańskich, lecznica przy ulicy Podleśnej, lecznica przy ulicy Wólczańskiej, stoją całkowicie na wysokości współczesnych wymagań szpitalnictwa.

Źle natomiast przedstawia się sprawa szpitalnictwa w Łodzi pod względem ilości łóżek. Jak podałem wyżej, szpitale łódzkie obliczone są na 1083 łóżek; jeżeli zaś odjąć od tej liczby 260 łóżek szpitala dla umysłowo chorych w Kochanówce, to na 510 tysięcy mieszkańców wypadnie 823 łóżek, czyli na 100.000 161 łóżek, t. j. trzy razy mniej, niż w Warszawie, która stale cierpi na brak łóżek w szpitalach.

Stosunki takie dla miasta w tak wysokim stopniu, jak Łódź, sproletaryzowanego, które jako centrum całego okręgu fabrycznego, ściąga chorych w znacznym promieniu, są wprost fatalne. Nie mówiąc już o wsiach okolicznych, nawet większe osady fabryczne, Zgierz, Aleksandrów, Konstantynów, nie posiadają własnych szpitali, i ciężej chorzy ze wspomnianych okolic z konieczności muszą korzystać z tychże 823 łóżek półmilionowej Łodzi.

Ponieważ liczba robotników, pracujących w większych zakładach (t. j. zatrudniających ponad stu robotników) wynosi około 100.000, więc zgodnie z ustawą fabryczną powinienby przemysł zapewnić robotnikom łódzkim około 1000 łóżek szpitalnych. W rzeczywistości jednak udział przemysłu w zaspokojeniu potrzeb szpitalnych ludności fabrycznej wynosi 351 łóżek, t. j. 30% tego, do czego przemysł jest zobowiązany przez prawo.

Oto poszczególne cyfry: W szpitalu Czerw. Krzyża 100, Scheiblera 70, Poznańskiego 45, w Widzewie 32, przy ulicy Nawrot 40 łóżek. Nadto według zebranych przezemnie danych w lecznicach prywatnych i w szpitalu ewangielickim fabryki łódzkie abonują 64 łóżek. Razem 351 łóżek.

Pomimo to ludność robotnicza fabryk większych jest względnie najlepiej sytuowana w stosunku do pomocy szpitalnej. Pozostała ludność mało zamożna, cały proletaryat, można powiedzieć, nie leczy się zupełnie, bo niema gdzie się leczyć.

Ruch chorych w r. 1910 w szpitalach łódzkich przedstawiał się jak następuje:

Tablica IX.

Szpital	Ilość chorych	Ilość dni szpitalnych
Św. Aleksandra	1285	30317
Ewangielicki	400	10932
Żydowski	1602	32632
Miejski dla chorób zakaźnych	488	10279
Fabryczny Czerwonego Krzyża	1167	32746
» Scheiblera	447	10259
» Poznańskich	340	6823
» w Widzewie	326	5313
» przy ul. Nawrot	425	9531
Lecznica pryw. przy ul. Podleśnej	945	18373
» » » Piotrkowskiej	582	10323
» » » Wólczańskiej	130	1667
Przytułek położniczy przy Chrz. Tow. Dobr.	121	639
» » » »Linas Chacholim«	11	60
Anny-Maryi dla dzieci	1532	30504
Kochanówka	398	88400
Razem	10199	298798

Tablica powyższa wymownie świadczy o stałem przepełnieniu w ciągu roku szpitali łódzkich.

Wprost tragicznie przedstawia się szpitalna pomoc położnicza w Łodzi. Półmilionowe miasto posiada dwa przytułki położnicze: chrześcijański na 4 łóżka i żydowski na 12 i oprócz tego oddział położniczo ginekologiczny w szpitalu Poznańskich na 12 łóżek, czyli razem olbrzymie miasto może w najlepszym razie zapewnić rodzącym 28 łóżek. Jeżeli zaś, jak to już bywało, jeden z przytułków położniczych z powodu gorączki połogowej zostanie na kilka tygodni zamknięty, to i ta skromna pomoc uszczupli się jeszcze.

Przodująca całej Europie pod względem śmiertelności na gruźlicę [1]) Łódź dla walki z tą plagą posiada jedyny oddział gruźliczy w szpitalu Poznańskich na 12 łóżek,

Wydatki Zarządu miasta na cele szpitalnictwa w roku 1910 wyrażają się w następujących cyfrach:

Budżet szpitala dla chorych zakaźnych	14400 rb.
Za leczenie chorych kosztem miasta w Kochanówce	38968 »
» w szpitalu św. Aleksandra	8803 »
» » Czerw. Krzyża	18500 »
» » ewangielickim	6223 »
» » Poznańskich	1073 »
» » Anny-Maryi	607 «
» lecznicy chorób wenerycznych	512 »
Razem	**89086 rb.**

Dla porównania niech służą wydatki na cele szpitalnictwa Magistratu m. Warszawy:

	r. 1908	1909
na utrzymanie szpitali	1,171.963 rb.	1,186.033 rb.
na utrzymanie przytułków	438.106 »	367.020 »

Na rok 1911 (rachunki nie są zamknięte) preliminowano na cele szpitalne (t. j. utrzymanie szpitali, przytułków, instytutu położniczego i przytułków położniczych) **2,122.470 rb.**

[1]) Około 1500 zgonów rocznie t. j. na 100 tys. 300 zgonów z gruźlicy.

Wnioski nasuwają się same przez się:

1) Miasto musi w najbliższym czasie przystąpić do wybudowania własnego ogólnego większego szpitala,

2) założyć w różnych dzielnicach miasta kilka przytułków położniczych, któreby zapewniły pomoc szpitalną niezamożnym rodzącym,

3) jeżeli nie wybudować, to conajmniej przyczynić się do założenia dużego sanatoryum ludowego, odpowiadającego potrzebom miasta.

Sejmowe sprawy sanitarne.

Szpitalnictwo galicyjskie w ostatniem pięcioleciu.

Przed laty pięciu starał się »Przegląd lekarski«[1]) w najgrubszym przynajmniej szkicu przedstawić stan szpitalnictwa galicyjskiego, podkreślając głównie ciemne jego strony i na podstawie takiego ogólnego przeglądu dojść do wniosków, jakie reformy i ulepszenia są w naszych szpitalach najkonieczniejsze i najpilniejsze. Nie były to rzeczy ze wszystkiem nowe; bardzo wiele braków naszego szpitalnictwa było już podniesionych w dorocznych sprawozdaniach Inspektoratu szpitali krajowych, w dorocznych sprawozdaniach Krajowej Rady zdrowia, w luźnych artykułach w pismach lekarskich, w obradach ankiety w sprawach szpitalnych, zwołanej przez Wydział krajowy jeszcze przed dziesięciu laty (w r. 1902), przyczem wyłoniło się tam bardzo wiele doniosłych i praktycznych myśli. Wszystko to jednak, zawarte w publikacyach albo dość trudno dostępnych (sprawozdania, wydawane dla użytku Sejmu), albo mało rozpowszechnionych (sprawozdania Krajowej Rady zdrowia, publikacye państwowej Komisyi statystycznej), nie było szerzej znane, nie dotykało niejednej ważnej strony sprawy i było dosyć rozproszone. Zbierając to w jedną całość i uzupełniając zgromadzonemi wprost wiadomościami i szczegółami wówczas jeszcze nigdzie nie ogłoszonymi, próbowaliśmy dojść do ogólniejszego obrazu, ułatwiającego określenie potrzeb na dobie i późniejsze śledzenie postępów na tem polu.

Wynik tego przeglądu streszczał się pokrótce w tem, że w r. 1907 miała Galicya w stosunku do liczby ludności ciągle jeszcze rażąco za mało szpitali, a w nich zamało łóżek; że szpitale te, rozmieszczone w kraju niejednomiernie, były stale i bardzo znacznie przepełnione; że ich pomieszczenie (budynki) było w znacznej części nieodpowiednie, a urządzenie wewnętrzne liche i niedostateczne; że co do wentylacyi, oświetlenia, ogrzania, zaopatrzenia w wodę, łazienek itd. były bardzo wielkie braki; że cały system usuwania tych braków przez drobne, pozornie oszczędne, ale też krótkotrwałe ulepszenia był błędny i nader nieekonomiczny. Wydatki na utrzymanie szpitali były wówczas w stosunku do współczesnych zadań szpitalnictwa i potrzeb ludności zbyt skąpe; dzienny koszt utrzymania jednego chorego nadmiernie nizki; norma żywienia niedostateczna i zbyt oszczędnie stosowana; brakło przejęcia się nowoczesnym kierunkiem nauki o pielęgnowaniu chorych, a opiekującej się chorymi służbie zakonnej i świeckiej brakło odpowiedniego wykształcenia. Personal lekarski był zarówno w biurach Departamentu sanitarnego, jak i w szpitalach zbyt szczupły. Płace lekarzy i personalu opiekującego się chorymi były bardzo nizkie; nie było dla personalu odpowiednich mieszkań w szpitalach. Brakło warunków, aby poziom lekarski w szpitalach należycie się podnosił; w wielu szpitalach nie było żadnych pracowni; nie starano się o doskonalenie lekarzy przez ułatwienie dalszych studyów, przez budzenie ruchu naukowego. Wpływ lekarzy na należyte funkcyonowanie szpitali był skrępowany przez wadliwie określoną rolę zgromadzeń zakonnych w szpitalach.

Wyłaniały się stąd wówczas następujące najpilniejsze postulaty:

1. Opracowanie całkowitego, systematycznego planu zaopatrzenia kraju w nowe szpitale, dostosowane rozmieszczeniem, liczbą łóżek itp. do stosunków terytoryalnych i systematyczne zakładanie szpitali według stopnia potrzeb pewnych części kraju; w tym celu utworzenie dla zasilenia słabszych finansowo powiatów i gmin osobnego funduszu szpitalnego na wzór funduszu melioracyjnego i przemysłowego.

2. Wywarcie nacisku na gminy i powiaty w kierunku zakładania przytułków dla nieuleczalnych i ozdrowieńców; budowa kilku takich przytułków krajowych, kosztem kraju; założenie przytułków położniczych, a przedewszystkiem przyspieszenie jaknajwiększe budowy Domu porodowego w Krakowie.

3. Opracowanie całkowitego, systematycznego planu rozszerzenia i modernizacyi już istniejących szpitali, a niezależnie od tego gruntowna rekonstrukcya obu szpitali krajowych, zwłaszcza krakowskiego, jakoteż rekonstrukcya lub budowa nowych budynków w Bochni, Brodach, Jaśle, Podhajcach, Przemyślanach, Stanisławowie, Wadowicach i Żółkwi (i w tych, które były w r. 1907 objęte już wnioskami Wydziału krajowego).

4. Zaopatrzenie szpitali w odpowiednie urządzenia wewnętrzne, nowożytne sprzęty i t. p.

5. Reforma głównego zarządu przez utworzenie w biurach Departamentu V. Wydziału krajowego dostatecznej liczby posad lekarskich; obok zwoływania osobnych ankiet, szersze korzystanie z dorady Krajowej Rady zdrowia.

6. Jaknajstaranniejszy dobór kierowników szpitali i oddziałów w szpitalach większych; pomnożenie liczby lekarzy pomocniczych; wydatna poprawa bytu lekarzy szpitalnych. Wysyłanie lekarzy kosztem kraju na studya zagranicę i na kursa lekarskie w kraju; stworzenie pracowni naukowych we wszystkich szpitalach, piecza o działalność naukową, ogłaszanie naukowych sprawozdań ze szpitali.

7. Poprawa bytu służby, podwyższenie płac, stworzenie mieszkań; jej wykształcenie zawodowe; pomnożenie jej liczby.

8. Zmiana umowy z Siostrami Miłosierdzia, poddanie służby pod nieuszczuploną władzę lekarzy; stworzenie szkoły, kształcącej służbę zakonną w całym zakresie jej zawodu.

9. Wprowadzenie w życie zasad nowoczesnego pielęgnowania chorych. Oddzielenie i nowoczesne postępowanie wobec chorych na gruźlicę.

10. Ankieta w sprawie całego zakresu działania autonomicznych władz krajowych na polu sanitarnem.

Postulaty te trafiły na pomyślną chwilę. Zajęły się nimi wówczas Towarzystwa i korporacye lekarskie w Galicyi, wnosząc w tej sprawie memoryały do Sejmu i Wydziału krajowego; pojawiły się w tym przedmiocie artykuły w pismach lekarskich[2]), oraz w większych pismach codziennych, wywiązała się nawet polemika z powodu Sióstr Miłosierdzia[3]); w Sejmie rozwinęła się dwukrotnie dyskusya nad sprawami sanitarnemi w niebywałych przedtem rozmiarach. Co zaś może najważniejsze, w tymże czasie odbywały się doniosłe zmiany w Departamencie sanitarnym Wydziału krajowego; na stanowisku inspektora szpitali rozpoczynał pracę jeden z najdzielniejszych lekarzy szpitalnych, łączący gruntowną znajomość naszego szpitalnictwa z szerokim poglądem i wielką inicyatywą, ś. p. Dr Łuszczkiewicz, a wkrótce potem przeszło też i naczelne kierownictwo Departamentu sanitarnego po szeregu lat przerwy znowu w ręce posła-lekarza, ożywionego najgorętszą chęcią gruntownej poprawy stosunków i świadomością celów, do których zmierzać należy. Toteż, nie zmniejszając zasług tych, którzy kładli podwaliny dla szpitalnictwa galicyjskiego z początkiem ery autonomicznej i którzy potem niem kierowali wedle najlepszej swej wiedzy i woli, śmiało rzec można, że lata 1907 i 1908 były latami przełomu, chwilą wielkiego zwrotu ku lepszemu.

Pięcioletni okres, upływający od tej chwili, pozwala już obejrzeć się wstecz i ocenić wyniki zwrotu, który wtedy nastąpił. Rozpatrując te wyniki, należy się liczyć z okolicznością, wielce dla szpitalnictwa niepomyślną, to jest z utrudnieniem prac Sejmu przez spory narodowościowe i polityczne (reforma wyborcza), w ostatnich trzech latach do tego stopnia szkodliwe dla spraw sanitarnych razem z wielu innemi, że już trzecie z rzędu sprawozdanie sejmowej Komisyi sanitarnej i Departamentu V. Wydziału kraj. nie dostało się pod obrady i nie zostało przez Sejm załatwione. O ciągłość akcyi rozpoczętej przez Wydział krajowy we własnym jego zakresie, mogły były powstać obawy, gdy ciężka choroba i przedwczesna śmierć Dr Łuszczkiewicza przerwały jego działalność. Ze sprawozdań jednak jego następcy widać, że mimo zmiany osób pozostała idea, utrzymała się gorliwa troska o nadzorowaną instytucyę, nie zmniejszyła się sumienność i dokładność inspekcyi, ani ta szczerość w przedstawieniu dostrzeżonych braków, bez oglądania się na względy uboczne, którą słu-

---

[1]) 1907. Nr 8 do 19 »W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego. Braki i potrzeby«.

[2]) Krokiewicza (Przegląd lek. 1907. str. 331, 341), Kadyia (tamże str. 429), Salpetra (Tygodnik lek. 1907. str. 35 132), Janiszewskiego (tamże 1908. str. 209), J. Starzewskiego (tamże 1908. str. 237. 252 264).

[3]) Tygodnik lek., Miłosierdzie chrześć. i Przegląd lek. 1908.

sznie jako wielką zaletę podkreślił w Sejmie poseł prof. Mars. Zachowano też znacznie przez ś. p. Łuszczkiewicza poprawiony sposób zestawienia sprawozdań o szpitalnictwie (bez dalszych zresztą ulepszeń)[4].

Najznamienniejszym dowodem przełomu w sprawach szpitalnictwa i trwałości postępu w ostatnich pięciu latach są liczby, w których wyraża się rubryka sanitarna budżetu krajowego.

Mianowicie wydano:

w roku	brutto kor.	z tego na szpitalnictwo	netto
1902	2,887.713	(około 2½ mil.)	
1903	3,316.214	2,750.941	3,171.178
1904	3,346.282	3,046.965	3,221.642
1905	3,368.149	3,050.714	3,217.586
1906	3,556.165	3,220.199	3,272.653
1907	5,912.835	5,586.333	3,872.148
1908	6,219.116	5,899.961	3,635.916
1909	6,478.804	6,131.672	4,302.596
1910	7,188.012	6,860.615 [5]	4,315.065

Wydatki brutto w ciągu więc pięciu lat prawie dokładnie podwoiły się, na szpitalnictwo wzrosły przeszło w dwójnasób. Nie daje to jednak właściwej miary, bo gwałtowny skok w r. 1907 o przeszło dwa miliony koron jest tylko pozorny, a to dlatego, że w tym roku zmieniono sposób budżetowania, wrachowując do ogólnego zestawienia cały dochód i rozchód zakładów krajowych w obu głównych miastach Galicyi. Ściślejszą miarę daje porównanie wydatków netto, to jest po odliczeniu dochodów, wpływających do sanitarnej rubryki budżetu. Otóż tutaj widać od chwili przełomu istotnie nagły wzrost wydatków (około pół miliona), które w ciągu ostatniego pięciolecia zwiększyły się o 30%, z roczną średnią progresyą o 100.000 koron, gdy w poprzedniem czteroleciu wynosiła ona średnio 25.000; postęp wydatków zwiększył się więc w czwórnasób, co napewno zależy od wydatków na szpitalnictwo, gdyż inne rubryki tego działu, stanowiące niecałą dziesiątą część wydatków, zmieniły się stosunkowo nieznacznie. Toteż tegoroczna komisya budżetowa Sejmu miała istotnie prawo wskazywać na wydatki sanitarne, jako jedne z tych, które najbardziej wzrosły.

Wejście kraju od r. 1907 na drogę wielkich inwestycyi w szpitalnictwie odzwierciedla też następujące przybliżone zestawienie nowych budów, dobudów i rekonstrukcyi szpitali (bez wliczenia drobniejszych przeróbek i adaptacyi) w ubiegłem pięcioleciu:

a) Wykonane, na ukończeniu lub w toku:

Lwów, szpital powszechny	520.000	
» grunt pod kliniki (połowa)	189.600	
» klinika dermatol. »	818.000	
» objęcie szpitala św. Zofii	124.000	
» szpital św. Zofii	91.230	
» szpital zakaźny	1,200.000	
		2,942.830
Kulparków (z kosztem oczyszczalni)		2,076.170
Kraków, oddział chirurgiczny	139.000	
» rekonstrukcye (1908)	57.900	
» klinika psychiatryczna	50.000	
		246.900
Kobierzyn		7,068.000
Szpitale prowincyonalne [6]):		
Biała	367.400	
Brzeżany	96.500	
Husiatyn	114.000	
Jarosław	25.526	
Przemyślany	73.424	
Sanok	16.218	
Tarnów	199.000	
Turka	16.232	
		908.300
a) Projektowane (wniesione do Sejmu, ale przezeń nieuchwalone, lub czekające na odpowiedź rządu co do udziału w kosztach)		
Kraków (ogółem 920.222) [7])		520.000
Szpitale prowincyonalne [6]):		
Bochnia	82.000	
Drohobycz	104.000	
Nadwórna	166.100	
Podhajce	210.000	
Stanisławów	216.000	
Stryj	143.900	
		922.000
Ogółem		14,674.200

Jeżeliby do tego doliczyć kwoty, wydane przez Wydziały powiatowe i gminy z ich własnych funduszów, bądź na budowę zupełnie nowych szpitali (Bóbrka 208.000, Nowy Targ 270.000, Horodenka itd.), bądź na pokrycie części kosztów odbudowy, rozszerzenia i rekonstrukcyi, oraz gdyby doliczyć drobniejsze adaptacye, to ogólne obciążenie kraju na inwestycye w szpitalnictwie w ostatnim pięcioletnim okresie oszacowaćby wypadło na poważną sumę około siedemnastu milionów koron.

Ten znaczny wydatek dotychczasowy jest poważnym początkiem zaspokojenia postulatów wyżej wyliczonych.

---

1. Przyrost szpitali i liczby łóżek, stanowiący wobec wielkiego przepełnienia szpitali jedną z najpilniejszych potrzeb, mimo znacznego wydatku dotychczasowego nie postąpił dostatecznie. Oceniając to, nie można jednak opierać się na tem tylko, że przepełnienie szpitali, już przed pięciu laty dotkliwe, obecnie jeszcze wzrosło i dochodzi już średnio 5% etatowej liczby łóżek. Zjawisko to bowiem może zależeć od prześcignięcia przyrostu łóżek przez zwiększanie się zaufania ludności do leczenia szpitalnego, to jest od tego, że chorzy coraz liczniej napływają do szpitali. Istotnie tak jest, i to w stopniu znacznym. Mianowicie leczono we wszystkich zakładach w kraju

w r. 1906	5859	chorych
» 1910	6796	»
przyrost pięcioletni wynosił więc	837	chorych

to jest 14%; gdyby zaś ludność garnęła się do szpitali w tymsamym tylko stopniu, co dawniej, to przyrost powinienby zwiększać się mniej więcej tylko w tym stosunku, jak zaludnienie kraju, to jest przy średnim rocznym przyroście ludności 8 pro mille, wynosić za pięć lat tylko 4‰[8]).

Natomiast zbyt powolny przyrost łóżek szpitalnych w ostatnich latach widać z tego, że było:

	szpitali publicznych [9])	łóżek
w r. 1907	36	4743
w r. 1910	40	4988
przybyło więc	4	245

przy niezmienionej prawie liczbie szpitali prywatnych (58) i znajdujących się w nich łóżek (1806). Ponieważ zaś odpowiednio do przyrostu ludności w ostatniem dziesięcioleciu powinnoby corocznie przybywać (w stosunku do ogólnej liczby łóżek w szpitalach publicznych i prywatnych = 6549 w r. 1907) około 52 (8‰) łóżek rocznie, czyli za cztery lata 208, przeto istotna nadwyżka wynosi znikająco małą liczbę — 37 łóżek.

---

[4]) Sprawozdania Inspektora szpitali krajowych i Departamentu V. Wydziału krajowego za lata 1906—1911 obok Sprawozdań Krajowej Rady zdrowia do roku 1907 (dalsze jeszcze nie wyszły), wydawnictw Centralnej Komisyi statystycznej w Wiedniu (Statistik des Sanitätswesens — do roku 1906), artykułów rozrzuconych w naszych czasopismach lekarskich, oraz wprost zebranych spostrzeżeń i informacyi, służą za podstawę przytaczanych w niniejszym artykule cyfr i szczegółów, przy których nie będę już z osobna cytować źródła.

[5]) Do wydatków na szpitalnictwo należy zaliczyć wszystko, co pozostaje po potrąceniu wydatków na szczepienie krowianką, na lekarzy okręgowych, leki podczas epidemii i utrzymanie podrzutków.

[6]) Liczono tylko część kosztów, przypadającą na kraj, a pokrywaną pożyczkami amortyzacyjnemi, o ile ją ze Sprawozdań Dep. V. przypuszczalnie dało się oznaczyć; resztę kosztów pokrywają fundusze powiatów lub gmin.

[7]) 400.000 ma być pokryte z majątku zarodowego szpitala św. Łazarza.

[8]) Ludność Galicyi wynosiła według spisu

z r. 1900	7,315.939
a z r. 1910	7,965.404
przyrost w dziesięcioleciu	649.465

to jest około 8‰, czyli 8 pro mille rocznie.

[9]) Liczono tu tylko właściwe szpitale bez zakładów dla obłąkanych i położnic, taksamo, jak to przyjęto w obliczeniach Rady zdrowia.

Wyraża się to również i w stosunku liczby łóżek do zaludnienia kraju, który wynosił w Galicyi:

w r.	1900	1 łóżko	na	1341	mieszkańców
»	1905	1	» »	1214	»
»	1910	1	» »	1155	»

gdy w całej Austryi wynosił już w r. 1905 średnio 1:515, a nawet Dalmacyi i Bukowinie dorównać dotąd nie możemy.

Chcąc w liczbach określić mniej więcej obecny niedobór łóżek szpitalnych w Galicyi według zasady Pettenkofera [9]), doszłoby się do fantastycznej w naszych stosunkach liczby brakujących jeszcze około 14.000 łóżek, nawet gdybyśmy uwzględnili wszystkie istniejące obecnie łóżka, nietylko we właściwych szpitalach publicznych i prywatnych, ale i w zakładach dla obłąkanych, domach porodowych i klinikach uniwersyteckich. Oczywiście przyjęcie zasady Pettenkoffera, wyprowadzonej ze stosunków najkulturalniejszych i najbogatszych krajów, byłoby w naszych stosunkach błędem zarówno ze względu na warunki ekonomiczne, jak i na stopień przywyknienia ludności do leczenia się. Nawet zasada, przyjęta w obliczeniach autorów książki »Medycyna w Samorządzie« [10]), jako postulat dla Królestwa polskiego, t. j. za wzorem średnio uposażonych w szpitale krajów zachodnich, 1 łóżko na 500 mieszkańców, byłaby dla Galicyi obecnie zbyt hojna, skoro nie osiągnięto jej jeszcze średnio w całem państwie austryackiem. Za ideał w naszych warunkach mogłoby już uchodzić, gdybyśmy prześcignęli Bukowinę i Dalmacyę, a nie dosięgli nawet Moraw (zajmujących ze stosunkiem około 1:600 ledwo czwarte od końca miejsce wśród krajów austryackich [11]) i ograniczyli się do 1 łóżka na 800 mieszkańców. W takim razie według spisu ludności z r. 1910 brakowałoby nam jeszcze około trzech tysięcy łóżek we właściwych szpitalach (dokładnie 3062).

Tę, bardzo, może nawet nazbyt oszczędnie obliczoną ilość można osiągnąć bez nadmiernego obciążenia kraju, budując corocznie tylko po 2 szpitale, mieszczące średnio po 100 łóżek, w ciągu lat piętnastu, a uwzględniając konieczny ze względu na przyrost ludności dodatek, dojśćby można do stosunku łóżek 1:800 mieszkańców w niespełna 20 latach.

Jednakże obecne przepełnienie szpitali ponad wszelkie granice nie dozwala w najbliższych latach trzymać się tak powolnego tempa; temu przepełnieniu trzebaby doraźnie zaradzić. W dzisiejszych warunkach, aby usunąć owe 5% przepełnienia średniego i stworzyć jakąś rezerwę wolnych łóżek (przyjmijmy tylko połowę normalnej rezerwy, t. j. 10%), konieczne jest zwiększenie ich liczby o 1017, jeżeli się przyjmie za podstawę obliczenia liczbę chorych, leczonych w r. 1910. Wtedy przypadałoby niemal 1 łóżko dopiero na 1000 mieszkańców [12]). Szpitale w Nowym Targu i Horodence, które czekają na sankcyę ustawy, nadającej im charakter publicznych i powszechnych, oraz przygotowane przez Wydział krajowy rozszerzenie kilku szpitali istniejących, zaspokoi jakąś czwartą część tej naglącej potrzeby. Koszt pozostałych $^3/_4$ mógłby wynieść (licząc według kosztorysów dla Przemyślan, Podhajec, Drohobycza i t. p. średnio jedno łóżko na 6—7 tysięcy koron) około $4^1/_2$ miliona koron.

Na poczet tej kwoty posiadały w r. 1907 [13]): Skała (pow. Borszczów) 200,000, Dynów (pow. Brzozów) 100,000, Lisko 83,000, Mościska 53,409, Rohatyn około 40,000, razem około pół miliona, nie licząc drobniejszych funduszów (Myślenice) i pomijając Kamionkę i Trembowlę, gdzie podobno już w r. 1905 [14]) budowa mogłaby się była rozpocząć.

2) Rozmieszczenie szpitali w kraju nie mogło się w ostatnim pięcioleciu wiele poprawić już z tego powodu, że chociaż przybyło ich 4 (Bóbrka, Czortków, Dolina, Kosów), a wliczając Nowy Targ i Horodenkę 6, to jednak tylko dwa z nich powstały w takich powiatach, gdzie przedtem nie było wogóle żadnego, nawet prywatnego szpitala. W ten sposób z 27 powiatów, które w r. 1907 nie miały jeszcze ani jednego łóżka szpitalnego [15]), pozostaje po latach pięciu niezaopatrzonych wcale w szpitale (nawet prywatne) jeszcze 25, z ludnością około 2 milionów (Bohorodczany, Borszczów, Brzozów, Dąbrowa, Dobromil, Gródek, Grybów, Kamionka, Kolbuszowa, Limanowa, Lisko, Mielec, Mościska, Myślenice, Nisko, Peczeniżyn, Pilzno, Podgórze, Rawa, Ropczyce, Starysambor, Strzyżów, Tłumacz, Wieliczka, Zborów); publicznych i powszechnych szpitali nie ma z 81 powiatów galicyjskich (jeżeli nie liczyć Nowego Targu i Horodenki) 39.

Powiaty, nie mające jeszcze żadnego wogóle łóżka szpitalnego, leżą gdzieniegdzie w zwartych kompleksach. Tak np. ogromny szmat kraju w kącie między Wisłą a Sanem, złożony z 5 powiatów (Dąbrowa, Kolbuszowa, Mielec, Nisko, Tarnobrzeg) z ludnością 365,970 ma wogóle tylko jeden szpital na swym północnym cyplu, w Tarnobrzegu, z 30 (wyraźnie trzydziestu) etatowemi łóżkami. Nawet licząc, że południowe części tych powiatów grawitują ku szpitalom w Tarnowie i Rzeszowie, wypadnie w tej części kraju jedno łóżko na 10,000 niemal ludności. Inna grupa powiatów w północnowschodniej części kraju (Rawa, Kamionka, Żółkiew, Sokal, Brody) ma wprawdzie 3 szpitale powszechne i publiczne z 294 łóżkami, lecz położone bardzo odśrodkowo względem powiatów kamioneckiego i rawskiego; oba zaś te powiaty nie mają ani jednego szpitala publicznego, ani prywatnego na 230,519 mieszkańców. Nie są to jedyne przykłady. Przez takie nierównomierne rozmieszczenie obecne są niektóre szpitale narażone znacznie więcej od innych na przepełnienie, które, dając się wszędzie odczuwać, tam staje się wprost nieznośne. I tak np. w r. 1910 miały:

	Etat łóżek	Stan chorych średni	Stan chorych dochodził do
Brody	70	74	120
Brzeżany	82	98	
Dolina	40	52	70
Drohobycz	120	180	240
Kałusz	40	75	100
Kosów	40	41	80
Podhajce	85	108	140
Przemyślany	44	62	
Śniatyn	50	73	
Stanisławów	120	186	
Stryj	99	138	
Tarnobrzeg	30	56	
Turka	52	70	
Wadowice	41	62	
Zaleszczyki	60	109	
Żółkiew	120	127	165

Rozpoczęta akcya mnożenia liczby szpitali powinnaby liczyć się z temi okolicznościami, oprzeć się na jakimś systematycznym programie, potrzebnym choćby dla określenia niezbędnego minimum liczby łóżek w nowych szpitalach, stosownie do warunków terytoryalnych, i powinnaby kierować się ku temu, aby z projektowanych szpitali ułatwić (np. przez zasiłki z funduszów krajowych) budowę naprzód tam, gdzie ona najpotrzebniejsza i najpilniejsza. Nie wiem, czy program taki istnieje; musiałby on się oprzeć na dokładnem określeniu, w jakim promieniu może potrzebę ludności zaspokoić każdy z istniejących już szpitali [16]) i które okolice są od szpitali zbyt odległe, jakie są tych okolic warunki komunikacyjne, dokąd ludność ich ciąży, jaka jest mniej więcej chorobowość, jakimi funduszami w gotówce zebranymi i z pożyczek może dany powiat lub miasto rozporządzać i t. p. Zdaje mi się, że mając taki całkowity program, możnaby uniknąć (nieustających nawet i teraz) niespodzianek w postaci przepełnienia szpitali co dopiero zbudowanych, a odrazu za ciasnych, (jak się obecnie okazuje np. w Dolinie, Tarnobrzegu, Turce, Zaleszczykach i t. d.). By szpitale równomierniej były obdzielone chorymi, a ludność równomierniej szpitalami, należałoby budowę stosować do potrzeb i warunków terytoryalnych, a nietylko do zebranych funduszów powiatu; uboż-

[9]) Zasada ta przyjmuje, że w szpitalach leczy się 5% ogólnej liczby chorych (przy chorobowości przyjętej jako trzydziestokrotna zejść śmiertelnych w ciągu roku), że średnio przebywa każdy chory w szpitalu 25 dni, a łóżko szpitalne średnio rocznie powinno być zajęte przez 320 dni. Przyjmując za podstawę śmiertelność r. 1907, (który był n. b. bardzo pomyślny pod tym względem) otrzymuje się z obliczenia ogólną ilość łóżek potrzebnych 22, 919.

[10]) Warszawa 1906.

[11]) Dla zrównania się z Morawami trzebaby w Galicyi ogółem 13.275 łożek, to jest trzebaby utworzyć jeszcze drugie tyle, ile jest obecnie.

[12]) Liczba łóżek ściśle szpitalnych przy stosunku 1:1000 mieszkańców wynosiłaby w stosunku do ludności z r. 1910 — 7965.

[13]) Według sprawozdań Kraj. Rady zdrowia.

[14]) Według sprawozdań Kraj. Rady zdrowia.

[15]) Według Krajowej Rady zdrowia; podana przez Sejmową Komisyę sanitarną w r. 1908 liczba niezaopatrzonych powiatów, 19, polega zdaje się na pomyłce.

[16]) Próbę takiej »mapy szpitalnej«, obejmującej jednak tylko szpitale powszechne i publiczne, przedstawiłem w r. 1907 w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem i przesłałem potem do Biura sanitarnego Namiestnictwa; znacznie lepsza mapa, uwzględniająca wszystkie szpitale i stosunek łóżek w szpitalach publicznych i w szpitalach prywatnych wystawiona była później przez Krajową Rade zdrowia w czasie Zjazdu lek. we Lwowie.

sze powiaty należałoby w tym celu wspierać dotacyami krajowemi z umyślnie utworzonego funduszu.

3) Pomieszczenie szpitali istniejących poprawiło się w ostatniem pięcioleciu znakomicie. Pomijam szpitale stołeczne, — z których lwowski zyskał bardzo wiele (rekonstrukcya oddziałów dziecięcych i gmachu głównego, oddziały zakaźne, klinika dermatologiczna), a krakowski po rekonstrukcyi oddziału chirurgicznego stoi w przededniu podobnej modernizacyi (oddziały wewnętrzne), — bo o tem było już powyżej (w ustępie I).

Co do szpitali prowincyonalnych, to Sejmowa Komisya sanitarna określiła ich pomieszczenie następująco:

	wzorowe,	wymaga wkładów małych,	— wielkich,	złe	razem
w r. 1906	13	9	5	6	33
» 1908	19	9	2	6	36

zaliczając do źle pomieszczonych w r. 1908 szpitale w Stanisławowie i Wadowicach, a do zupełnie złych: w Bochni, Białej, Jaśle, Podhajcach, Sanoku i Żółkwi. Sądząc ze sprawozdań inspektora szpitali, była to kwalifikacya może trochę za korzystna, bo do złych należałoby zaliczyć także i szpital starego typu w Brodach, do całkiem złych — w Przemyślanach. Wypadłoby przeto:

	dobre	mierne	złe	całkiem złe	razem
w r. 1906	13	7	6	7	33
» 1910	23	7	3	5	38
w najbiższej przyszłości	28	7	3	2	40

licząc, że po odbudowie najgorszych szpitali w Przemyślanach (już uchwalona przez Sejm), Podhajcach i Bochni (wnioski przedłożone Sejmowi) pozostaną z tej grupy tylko: Jasło i Żółkiew, a Nowy Targ i Horodenka wkrótce doczekają się sankcyi. Nadmienić zresztą należy, że do dobrych szpitali zaliczyłem także 3 starszego typu, wymagające już pewnych adaptacyi.

Co do tak ważnego braku w budynkach szpitalnych, jak brak osobnych pawilonów zakaźnych, to w r. 1907 nie miało takich pawilonów jeszcze 11 szpitali (Biała, Bochnia, Brody, Drohobycz, Jasło, Podhajce, Sanok, Stanisławów, Tarnów, Żółkiew, Lwów). Obecnie zaś, gdyby nie liczyć Drohobycza i Podhajec (bo wnioski już przedłożone Sejmowi), jest już tylko 5 szpitali bez odrębnego budynku dla chorych zakaźnych. Są to właśnie tesame najgorsze szpitale, które zostały zupełnie zaniedbane, bo wogóle muszą być z gruntu przebudowane lub zyskać całkiem nowe budynki.

Szpitale nowe i w ostatnich czasach rekonstruowane, a nie stare jeszcze, mają mniej lub więcej celowy rozkład sal, starsze, a zrekonstruowane, — znośny; wyjątkowo tylko są jeszcze gdzieniegdzie poważniejsze w tym względzie usterki (Gorlice). Nie można jednak ze sprawozdań inspektoratu wytworzyć sobie wyobrażenia, w ilu z obecnie »dobrych« szpitali uwzględniona została zasada osobnych sal na pobyt dzienny, osobnych sal do leczenia gruźlicy [17]), ani jakby się w ogólnym zarysie przedstawiły mieszkania personalu, zarówno dla lekarzy, jak i dla służby zakonnej i świeckiej, które i w dobrych zresztą szpitalach mogą mieć poważne usterki. W ostatniem np. sprawozdaniu znajduje się wzmianka, że w Krośnie mieszkanie dla Sióstr zakonnych stanowi zimna i ciasna izba, a w Kałuszu stróże szpitalni mieszkają w pawilonie zakaźnym. Publikacya o szpitalach galicyjskich, zapowiedziana przez Sejmową Komisyę sanitarną, powinna dać dokładny obraz i tej strony urządzenia szpitali.

Ze sprawozdań inspektoratu szpitalnego w ostatniem pięcioleciu widnieje usilne staranie o stworzenie we wszystkich szpitalach prowincyonalnych odpowiednich sal operacyjnych, ile możności odrębnie dla spraw zakaźnych i dla operacyi aseptycznych, oraz pokojów opatrunkowych i sal porodowych. Braki, które w najbliższym czasie znikną lub już znikły, miały w r. 1911 co do sal operacyjnych, opatrunkowych i porodowych po 2 zresztą dobre szpitale; w kilku (4) innych wymagały sale operacyjne niewielkich ulepszeń (lepszego ogrzania i t. p.). To samo staranie widać co do wyposażenia szpitali w posadzki zamiast podłóg, lakierowane ściany i t. p. szczegóły wewnętrznego wykończenia.

(Dok. nast.).

[17]) Umieszczanie chorych na gruźlicę w pawilonach dla chorób zakaźnych, co stara się w ostatnich latach wprowadzić w życie inspektorat szpitali, nie wydaje mi się postępowaniem odpowiedniem, z przyczyn, które podniosłem już na ankiecie przeciwgruźliczej.

Korespondencya.

Zakopane, w marcu 1912.

Ogół nasz żywo zainteresował się w ostatnich czasach sprawą parku w Zakopanem, sprawą co prawda ważną, która niewątpliwie, jako dotycząca najważniejszego naszego górskiego uzdrowiska, zwróciła na siebie także uwagę świata lekarskiego, tem bardziej, że rzecz dostała się na szpalty dzienników politycznych, które ją z różnych punktów widzenia oświetlały. Jako stały obecnie mieszkaniec Zakopanego, chcę z istotą sprawy zaznajomić ogół kolegów, a czynię to dopiero teraz, gdyż jako osobiście przedtem interesowany w tej sprawie, nie chciałem głosu zabierać, zanim jej stanowczo już nie załatwi Rada gminna. Byłem zaś osobiście interesowany o tyle, że na wiosnę roku zeszłego nabyłem parcelę przy ul. Marszałkowskiej z zamiarem postawienia sobie willi, a właśnie o tereny przy ulicy Marszałkowskiej toczył się spór między gminą a stacyą klimatyczną. Spór ten zakończony został uchwałą Rady gminnej z dnia 17. lutego b. r., mocą której Rada gminna uznała tereny na t. zw. Chrapkowskim wierchu za odpowiedniejsze pod park, niż tereny przy ul. Marszałkowskiej, i zreasumowała uchwałę z r. 1904, zakazującą zabudowywania gruntów przy ul. Marszałkowskiej, jako rezerwowanych pod park.

Przechodzę od razu do realnej strony sprawy, t. j do kosztów, jakie pociągnęłoby za sobą założenie parku na gruntach, położonych przy ul. Marszałkowskiej. Otóż według opinii komisyi, która się odbyła w tej sprawie w Zakopanem w jesieni r. 1911, a złożonej z marszałka powiatu, naczelnika gminy, reprezentantów Namiestnictwa i obszaru dworskiego, oraz komisarza rządowego, jako reprezentanta Stacyi klimatycznej, koszta przybliżone, potrzebne na wykupno gruntów przy ul. Marszałkowskiej, wyniosłyby przeszło $^1/_2$ miliona kor. (niema w tem oczywiście kosztów budowy Domu zdrojowego, zalesienia terenu i wszelkich urządzeń). Koszta zaś wykupna gruntów na Chrapkowskim wierchu wyniosłyby około 150.000 kor. Na podstawie też tego obliczenia komisya powyższa orzekła, że założenie parku na gruntach, przy ul. Marszałkowskiej położonych, nie da się urzeczywistnić, gdyż gmina na tak znaczny wydatek zdobyć się nie może. Protokół z tej komisyi spisano, podpisali ją wszyscy biorący w niej udział, nie wyłączając reprezentanta Komisyi klimatycznej, i odesłano do gminy.

Odezwały się jednak wkrótce głosy, że z tak ważną sprawą, jak sprawa parku (a jest ona niewątpliwie ważną dla Zakopanego) nie należy się spieszyć i mimo, że toczy się ona już od 8 prawie lat, należy dalej czekać, bo może pieniądze »skądś się znajdą». — Gdzie i skąd mają się te pieniądze znaleść, tego nie wiem, przypatrzywszy się jednak stosunkom tutejszym z blizka, doszedłem do przekonania, że gdyby się te pieniądze »gdzieś znalazły«, wypadałoby ich użyć raczej na cele nietylko ważne i potrzebne, jak park, ale na cele bezwzględnie konieczne, a do nich zaliczam skanalizowanie Zakopanego i zaprowadzenie oświetlenia elektrycznego, — bez których Zakopane bezwarunkowo dalej istnieć i rozwijać się nie może.

Te dwie ostatnie sprawy, to nie rzeczy wygody, ozdoby, a nawet potrzeby uzdrowiska, to warunki jego dalszego życia i rozwoju. Tu przyjeżdżają ludzie chorzy oddychać zbawczem powietrzem górskiem, dzisiaj zanieczyszczonem wyziewami dołów kloacznych i miejsc ustępowych, których zawartość wywozi się raz lub dwa na tydzień zwykłą beczką. Tu dalej przyjeżdżają uczestnicy sportów zimowych, tak pięknie na tutejszych terenach się rozwijających. — Nie pomogą wszelkie zabiegi Towarzystwa turystycznego; człowiek zachodni, skosztowawszy raz wygód naszych urządzeń, nie powróci do nas więcej i każdego przed niemi przestrzeże.

Ale te dwa tak ważne postulaty nie dadzą się dzisiaj zrealizować; dlaczego? bo niema na to pieniędzy!

Drugą sprawą, równie ważną dla życia i zdrowia, jak stałych mieszkańców, jak i przyjezdnych, — jest sprawa zwalczania chorób zakaźnych. Czy ogółowi naszemu wiadomo, że (pominąwszy odkażanie formaliną) Zakopane nie posiada przyrządu dezynfekcyjnego? I jak tu zwalczać wybuchające od czasu do czasu epidemie płonicy, błonicy, i t. d., jak zabezpieczać ludzi przed zakażeniem gruźlicą, gdy przedmiotów najbliżej stykających się z chorymi, jak pościel i ubrania, nie ma czem odkazić? — A dlaczego nie ma przyrządu dezynfekcyjnego? Bo niema na to pieniędzy! Stacya zaś klimatyczna wobec takich stosunków szuka pieniędzy..... na park.

Rada gminna w tym przypadku postąpiła mojem zdaniem bardzo rozsądnie, nie biorąc na siebie wydatków, których ponieść nie zdoła, a uchwalając równocześnie system willowy dla ul. Marszałkowskiej, by ją uchronić od niewłaściwego zabudowywania.

Nic dziwnego, że wobec sprawy, wziętej pod tym kątem widzenia, nie kuszę się o rozstrzygnięcie, czy park w Zakopanem na tym czy innym powstać powinien terenie. Teoretyczne rozważania nad tą sprawą pozostawiam znawcom specyalistom, a rozstrzygnięcie pytania, na co naprzód należy użyć pieniędzy, gdyby były, lub istotnie się skądś znalazły, poddaję pod sąd naszego świata lekarskiego.

Dr J. Różecki.

---

†

Dr Aleksander Stopczański

emer. profesor chemii lekarskiej w Uniwersytecie Jagiellońskim

zmarł 8. marca 1912 w 77. roku życia.

Obszerniejszy życiorys umieścimy w jednym z następnych numerów.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 6. III. b. r. posiedzenie, na którem prezes uczcił w krótkiem przemówieniu pamięć ś. p. prof. A. Stopczańskiego. Następnie Dr Eisenberg przedstawił sposoby negatywnego barwienia bakteryi. W dyskusyi nad tem i nad wykładem Dr Jekelsa przemawiali Dr Blassberg, Potrzobowski, Doc. Koźniewski i prelegenci.

— Popularne pismo higieniczne p. t. »Przyjaciel zdrowia«, jako miesięczny dodatek do »Przewodnika kółek rolniczych« wychodzić zacznie 1. kwietnia we Lwowie z inicyatywy Sekcyi higieny ludowej Towarzystwa higienicznego. Łącznikiem między tą Sekcyą a Zarządem kółek rolniczych i komitetem redakcyjnym będą członkowie tych trzech gron: Dr S. Bernadzikowski i Dr S. Mikołajski. (Głos lek. 5).

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Nowak, rodem z Brzostku, Michał Studziński, rodem z Łukowa w Królestwie polskiem, Ludwik Mierosławski, rodem z Warszawy, Edward Miziura rodem ze Świątnik Górnych i Emil Schönberg z Krakowa.

— Ważniejsze uchwały Zarządu Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie, zapadłe na ostatniem pełnem posiedzeniu dotyczą: 1) usilnych starań u Wydziału krajowego o rychłe rozpatrzenie petycyi Związku, przez komisye sejmowe zaleconych; 2) przedsięwzięcia z wiosną szerszej akcyi wiecowej po miastach i zdrojowiskach w kraju dla domagania się asanacyi zdrojowisk i uzdrowisk; 3) zestosunkowania się z działalnością Kółek rolniczych, jakotez Towarzystw prowincyonalnych, drogą tworzenia po zdrojowiskach i uzdrowiskach Sekcyi Związku lub mianowania delegatów; 4) zapoczątkowania pośrednictwa pracy dla służby po zdrojowiskach, liczącej przeszło 4.000 osób; 5) utworzenia oddziałów turystyczno-krajoznawczych po zdrojowiskach i uzdrowiskach i zorganizowania ich jako Związkowej Sekcyi turystyczno-krajoznawczej pod egidą Krajowego Związku zdrojowisk; 6) zapoczątkowania akcyi celem zniesienia taksy zdrojowej w sezonie trzecim; 7) utworzenia komitetu dla urządzenia we wrześniu b. r. w Rymanowie Wystawy przemysłowo-balneologicznej, połączonej z takimże dorocznym Zjazdem balneologiczno-przemysłowym, uchwalonym przez Zjazd zeszłoroczny w Krynicy.

W Zakładzie kredytowym Związku na posiedzeniu Rady nadzorczej w d. 26. II. przedstawił Dyr. Dr Łobaczewski sfinansowanie wodociągów w Truskawcu, nowego sanatoryum p. Rumińskiego w Zakopanem, Tow. wzaj. pomocy lekarzy galicyjskich, powiększenia zakładu kąpielowego w Nowosielcach szlacheckich, zakładu kąpielowego w Szkle, transakcye o wille w Zakopanem, o Żegiestów-Zdrój, o kilka pożyczek budowlanych w uzdrowiskach, wreszcie zestosunkowanie się z innemi instytucyami finansowemi.

W najbliższym czasie wyjdzie staraniem Krajowego Związku zdrojowisk obszerny »Przewodnik po zdrojowiskach«, zawierający wiadomości o przeszło 200 miejscowościach leczniczych w kraju.

Biura Związku przeniesione zostały wraz ze Składnicą krajowych wód mineralnych, Zakładem kredytowym zdrojowisk i Redakcyą »Naszych Zdrojowisk« na ul. Romanowicza l. 9.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. II. do 2. III. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 5 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 5, płonicy 5 † — (3 † 2), odry 2 † 1 duru brzusznego 3 † — (— † 1), róży 3. Dr Janiszewski.

Warszawa. »Gazeta lekarska« w Nrze 9. na naczelnem miejscu ogłasza artykuł od Redakcyi, domagający się reformy w sposobie mianowania ordynatorów (prymaryuszy) szpitalnych, mianowicie drogą konkursu, który na zasadzie prac naukowych, stopnia wykształcenia fachowego i liczby lat pracy szpitalnej rozstrzygałaby komisya, złożona z inspektora szpitali, naczelnego lekarza szpitala, w którym posada wakuje, kilku specyalistów z tego samego działu i 1—2 przedstawicieli pokrewnych działów medycyny.

— Nagrody konkursowe »Medycyny i Kroniki lek.« przyznano: z daru Dra Majkowskiego Dr. Pechkrancowi za streszczenie zbiorowe o gruczołach z wydzieliną wewnętrzną, a z daru Dra Korybut-Daszkiewicza Dr. Kramsztykowi i Dr. M. Rapplowi za artykuły z zakresu chorób trawienia — po 50 rb.; z daru Dra Rzętkowskiego i z fundacyi Redakcyi: Dr. A. Landauowi za pracę o moczówce cukrowej i Dr. E. Burschemu za pracę o przepuklinie nadbrzusznej po 100 rb.; z daru Dra Kopytowskiego nagrody nie przyznano nikomu.

— Przypadki włośnicy według »Gazety lek.« (9), mnożą się w Warszawie coraz więcej.

— Dr Józef Jaworski, redaktor »Zdrowia«, mianowany został członkiem honorowym »Spolku ceskych lekaru«.

Z różnych stron. W sprawie udziału Słowian, w szczególności Ukraińców, w Zjeździe dla higieny społecznej w Petersburgu ogłosił w »Now. Wrem.« artykuł znany publicysta Filewicz. Nawiązując do oznajmienia Prof. Bechterewa, że na Zjeździe będzie prawdopodobnie dopuszczony język ukraiński (małoruski), a to dla uniknięcia demonstracyi politycznej, radzi Filewicz wyrzec się tego zamiaru, albowiem »takie dopuszczanie będzie właśnie demonstracyą polityczną«. Będzie to, zdaniem Filewicza, »uznaniem praw języka ukraińskiego, których on nigdy nie posiadał«. Należy tego unikać tembardziej w tym przypadku — pisze Filewicz — »ponieważ Ukraińcy austryaccy mają zamiar połączyć się na Zjeździe w jedną grupę z Ukraińcami rosyjskimi«.

— Porządek dzienny dorocznego ogólnego posiedzenia »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 24. II. (8. III.) br. obejmował następujące punkty: 1) Prof. Dr Zaleski: »Wrażenia z letniej wycieczki naukowej 1911« r.; 2) Inż. Kotarski: »O II. Wszechrosyjskim Zjeździe pracowników w dziedzinie geologii stosowanej«; 3) Dr Marcinkiewicz: »Kilka słów w sprawie utworzenia Towarzystwa niesienia pomocy lekarskiej dla niezamożnych rodaków«, a w końcu wybory członków honorowych i sprawozdania doroczne.

— Pani Dr. Lydia Rabinowitsch została mianowana tytularną profesorką bakteryologii w Uniwersytecie berlińskim.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 26. II. do 4. III. 1912 przypadków: ospy 7 † 2, płonicy — † —, duru plamistego 1 † —, duru brzusznego — Dr Trenkner.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1912. (Dokończenie).

Głos lekarzy Nr 3—4. Krajowa Rada zdrojowisk i uzdrowisk. — W sprawie lekarzy szpitalnych. — Zwrot kosztów za rękawiczki gumowe przy sekcyach sądowo-lekarskich. — Zjazd lekarzy okręgowych. — Czy lekarz miejski może być członkiem Rady szkolnej miejscowej? — Komorowski: Opieka nad dziećmi, danemi na wychowanie w miastach. — Mikołajski: Lekarze włoscy przeciw pojedynkom. — Mars: Sprawy zdrowotne w Sejmie. — Żychoń: Stan sprawy zwalczania gruźlicy w różnych dzielnicach Polski (Galicya i Śląsk). — Piasecki: Lekarze szkolni w Polsce.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 1. Sprzedaż Morszyna. — Podanie polskiego Tow. balneologicznego do Ministerstwa dla Galicyi, Koła polskiego i Wydziału krajowego.

Nasze Zdroje Nr 3—4. Szumowski (dok. 3), — Praschil: Porównawcze zestawienie wskazań dla Krynicy i Truskawca (3).— Uwagi i wskazania posezonowe (c. d.). — O utworzenie krajowego funduszu dla asanacyi zdrojowisk i uzdrowisk (3). — Kąpiele faliste »undosa« (3). — N. Z.: I znowu krok naprzód (4) — Askenazy: Wskazauia balneoterapii w Krynicy (4). — Godlewski: Ankieta publiczna o zdrojowisku Druskienickiem (4).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 13. marca 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Dr E. Godlewski junior: Z nowych poglądów na ciągłość i trwałość żywej materyi.

Rok LI. Kraków, dnia 16. marca 1912. Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag o cięciu cesarskiem na podstawie własnych doświadczeń

podał

Dr Zaborowski (Warszawa).

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

Pesymizm, z jakim odnosić się poczęto od pewnego czasu do otwierania otrzewnej przy cięciu cesarskiem, zarówno jak skwapliwość, z którą witane są i stosowane metody, mające zastąpić cięcie klasyczne, wydają mi się nieco przesadzone i pozbawione tymczasem dostatecznych podstaw statystycznych. Niestety na poparcie zaufania, z jakiem do postępowania otrzewnego odnoszę się dziś jeszcze, powołać się mogę na małą tylko statystykę własną, liczącą 25 przypadków zaledwie.

Liczba ta, zbyt mała sama przez się, ażebym przypisywać jej śmiał znaczenie argumentu przekonującego, nabierze jednak pewnej wartości, być może, jeżeli zaznaczyć wolno mi będzie, że odnosi się ona do nieprzerywanej seryi przypadków, operowanych bądź przezemnie, bądź przez kolegów pracujących na oddziale, w krótkim stosunkowo okresie czasu, lat sześć obejmującym, zawsze tym samym sposobem i w tych samych warunkach. Na te ostatnie zwłaszcza zwróciłbym pragnął szczególną uwagę.

Większości Szanownych Panów nieprawdopodobnym wyda się fakt, że licząca blisko milion mieszkańców Warszawa, prócz jednego oddziału ściśle wyznaniowego, przeznaczonego dla ludności żydowskiej, i prócz kliniki położniczej, należącej do Uniwersytetu, na której zresztą szerszej działalności operacyjnej nie rozwijano, nie posiada dotąd ani zasługującego na nazwę tę szpitala, ani oddziału położniczego.

Zajmować się położnictwem i operować zmuszeni jesteśmy w t. zw. »Przytułkach«, gnieżdżących się od lat 30, bez zmian i bez ulepszeń, w lokalach prywatnych; bez sal operacyjnych, bez instalacyi sterylizacyjnych, bez wody innej, jak z samowaru, słowem bez wszystkiego, co uważać przywykliśmy za niezbędne wszędzie, gdzie dokonywane być mają zabiegi ciężkie.

Nie wiele pomyślniej przedstawia się materyał, rekrutowany przez przytułki, do których uczęszcza ludność robotnicza i wyrobnicza, ciemna, biedna, źle odżywiana, pozbawiona elementarnych pojęć o czystości i o higienie.

Wskazania do cięcia cesarskiego, dokonywanego 25 razy na 21 rodzących, były następujące: w 3 przypadkach bezwzględna niedrożność miednicy wskutek ścieśnienia, w 16 przypadkach chęć uzyskania żywego płodu przy sprzężnej przekątnej poniżej 10 ctm., w 2 przypadkach ciężkie drgawki porodowe, w 2 przypadkach ventrofixatio w połączeniu ze zwężeniem miednicy, w 1 przypadku zabliźniona wielka przetoka pęcherzowo-pochwowa, dla której obawialiśmy się urazu i wreszcie w jednym przypadku niedrożność pochwy zwyrodniałej bliznowato. Prócz cięcia cesarskiego, w 9 przypadkach wykonano dodatkowe zabiegi na jajowodach, zapobiegające ponownym ciążom i w 2 przypadkach nadpochwowe odjęcie macicy. W 14 przypadkach rodzące zgłaszały się wprost do zakładu, w 11 przypadkach skierowane tam zostały po badaniu przez lekarzy i przez położnice. W 3 przypadkach chore dostawione zostały do zakładu przez stacyę Pogotowia, dopiero po nieudanych próbach rozwiązania ich w domu.

Okres czasu, dzielący początek porodu od chwili zabiegu, wahał się od 2 godzin do $2^1/_2$ doby. W 5 przypadkach cięcie wykonano na rodzących po raz pierwszy, w 4 przypadkach na tych samych kobietach dwukrotnie. W 8 przypadkach wody płodowe odeszły przed wstąpieniem chorych na oddział.

Jak to widać z powyższych danych, mieliśmy więc do czynienia z przeciętnym materyałem szpitalnym, w którym nie przebieraliśmy. Straciliśmy 2 chore. W obu przypadkach zabieg podjęto z powodu względnego zwężenia miednicy w warunkach stosunkowo pomyślnych. W jednym przypadku przyczyną złego zejścia było ropienie rany macicy, w drugim, jak stwierdzić to mogliśmy badaniem pośmiertnem, wina, polegająca na niedostatecznem wyjałowieniu materyału użytego do szycia, była wyłącznie po naszej stronie. We wszystkich przypadkach postępowaliśmy jednakowo, przystępując do zabiegu po rozpoczęciu się porodu.

Jako przygotowanie, na powierzchnię brzucha gaudanina albo jodyna w ostatnich przypadkach; do pochwy, o ile chora badana była poza zakładem, obfite wlewania rozczynu sody i sublimatu na przemiany, bez mycia mydłem. Cięcie macicy, wytaczanej uprzednio na zewnątrz i osłanianej serwetami, klasyczne lub według Fritscha. Po usunięciu płodu i łożyska, do jamy macicy duży, suchy kompres, który usuwano przez pochwę po ukończonym zabiegu. Na ścianę macicy, wystrzegając się starannie przekłuwania śluzówki, katgutowy szew jednopiętrowy z dodaniem, gdzie tego zachodziła potrzeba, pojedynczych szwów na otrzewnę. Wreszcie zwykły trzypiętrowy szew ściany

brzusznej. Późniejszych powikłań ze strony blizn u żadnej z operowanych nie spostrzegano.

Nie przesądzam bynajmniej, czy wyniki te uważać można za zadowalniające i czy odpowiadają one zupełnie wymaganiom współczesnym, twierdzić jednak pozwolę sobie stanowczo, że warunki, w jakich operowałem i ubóstwo środków pomocniczych, wyłączające poniekąd rękoczyny trudne i więcej złożone, przemawiać się zdają niewątpliwie na korzyść zabiegu, którego, sądząc z wyników, uważać za tak bardzo groźny nie widzę powodu.

Nie zaprzeczając bynajmniej wielkiej wartości metod zewnątrzotrzewnych w przypadkach, w których uniknąć chcemy za wszelką cenę otwarcia otrzewnej i w których droga ta okaże się możliwą, stwierdzić pozwolę sobie, że obok zalet, zabieg przedstawia cały szereg cech ujemnych, o których zapominać nie należy.

Za słabą stronę wszelkiego postępowania zewnątrzotrzewnego uważać musimy przedewszystkiem niestałość danych anatomicznych pola operacyjnego, zmieniającego się zależnie od stosunku otrzewnej do macicy i do pęcherza, od długości szyi, od wielkości płodu, a nawet od podatności tkanek, dzięki której płód przeprowadzony być ma przez ranę. Ten brak stałości topograficznej sprawia, że nad rękoczynem panujemy tylko względnie, bo czynniki od woli i od ręki operującego niezależne, zmieniać mogą do gruntu doniosłość, a nawet charakter zabiegów. Jak wnosić to należy z opisu odnośnych przypadków, jak doświadczałem to zresztą sam, niespodziewane powikłania i trudności, w rodzaju krwotoków trudnych do zahamowania i przypadkowego lub nieuniknionego otwarcia otrzewnej, zdarzają się przy cięciach zewnątrzotrzewnych często.

Niemniej ważnym zarzutem, jaki nasuwa się co do cięcia zewnątrzotrzewnego, jest niemożność uprzystępnienia sfery narządów, z którymi zetknąć się musimy bezpośrednio, jeżeli zechcemy, rozwiązując rodzącą cięciem cesarskiem, zapobiedz tym samym zabiegiem możliwości ciąży na przyszłość. Wzgląd ten odgrywać musi pewną rolę, bo, jak wnoszę to z własnego doświadczenia, znaczna część kobiet na cięcie godzi się tylko pod warunkiem, że uchroniona zostanie równocześnie od hazardu ponownych porodów.

Na korzyść postępowania zewnątrzotrzewnego przy cięciach cesarskich wreszcie, nie przemawiają duże trudności techniczne zabiegu, do którego przystępować nie możemy bez należytego otoczenia i bez sprawnej pomocy, tj. w warunkach, w których cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne wskazane jest najwięcej. Jako sposób postępowania, cięcie zewnątrzotrzewne stoi nierównie wyżej i jest wszechstronniejsze, niż stosowana niedawno jeszcze pubiotomia. Zaprzeczyć jednak trudno, że zabiegi te mają dużo ujemnych cech wspólnych. Ze strony operującego, ta sama nieświadomość co do czynników mogących powikłać zabieg i ten sam brak panowania nad jego przebiegiem.

Stojąc na stanowisku zwolennika chirurgii, która nie cofa się przed zabiegami ciężkimi, ryzykownymi, lecz unika sytuacyi niejasnych i stara się wyłączać siły nieobliczalne, występujące wbrew woli operującego, nie mogę odmówić zasadniczej wyższości cięciu cesarskiemu klasycznemu, zabiegowi chirurgicznemu »par excellence«, którego ani potępiać tymczasem, ani odkładać do archiwum jako zabytek nie śmiałbym jeszcze. Pomysł zabiegów zewnątrzotrzewnych nie jest nowym. Stosowali je Ritgen, Baudelocque i Gaillard dawno, w czasach, w których otwierania otrzewnej obawiano się więcej, niż dzisiaj. Zabiegi te zarzucono jednak, bo nie godziły się z duchem chirurgii. Czy wskrzeszanie ich oznaczać ma istotnie postęp, dowiedzieć się mamy z doświadczenia i ze statystyki porównawczej. Uznaję w zupełności usługi, jakie oddawać może cięcie zewnątrzotrzewne w przypadkach, które nie trudno będzie określić bliżej, za zabieg jednak z wyboru uważać muszę jeszcze cięcie cesarskie klasyczne.

Wydzielanie wewnętrzne ze stanowiska klinicznego.

Podał [1])

Dr Maksymilian Blassberg.

Postępy nauki o wydzielaniu wewnętrznem były w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem przedmiotem wykładu doc. Dra Koźniewskiego p. t.: »O hormonach«. Gdy jednak prelegent ten rozpatrywał sprawę ze stanowiska głównie chemiczno-farmakologicznego, to ja chciałbym obecnie w głównych zarysach omówić rzecz ze stanowiska klinicznego. Jakkolwiek bowiem omawiana dziedzina jest dziś dopiero w okresie rozwoju początkowego, to jednak już dotychczasowe jej zdobycze mogą być dla kliniki bardzo doniosłe i sięgają do patogenezy, dyagnostyki i leczenia licznych chorób.

Nowoczesna nauka o tak zwanem wydzielaniu wewnętrznem stwierdza na podstawie rozlicznych spostrzeżeń, badań i doświadczeń, że w różnych narządach, w tkankach i komórkach ustroju, powstaje cały szereg substancyi chemicznych, do niedawna zupełnie nieznanych, które dostają się wprost do krwi. W drodze krążenia dostają się one do odległych narządów i tu spełniają już w prawidłowych warunkach fizyologicznych rolę bodźców bądź drażniących i pobudzających, bądź też osłabiających i hamujących czynność danych odległych narządów, to służąc jako materyał palny, to znów jako czynniki farmakologiczne, lub też zobojętniając jady będące w ustroju. Te wydzieliny wewnętrzne nazwano hormonami od wyrazu greckiego: ὁρμάω = budzić, pobudzać. Tą drogą może naprzykład powstać dla wątroby bodziec chemiczny, drażniący do obfitszego lub słabszego wydzielania żółci, dla mięśni bodziec, drażniący do silniejszych lub słabszych skurczów i t. p.

W ten sposób powstaje według tej teoryi fizyologiczne wzajemne działanie na siebie rozmaitych narządów, ich wzajemna zależność, tak zwana korrelacya, względnie koordynacya narządów. Ponieważ w żywym ustroju narządy te równocześnie są czynne i oddają swoje wydzieliny równocześnie ustrojowi, przeto dalsze badania wykazały, że wydzieliny niektórych narządów w działaniu swojem nawzajem się uzupełniają i podniecają, natomiast do wydzielin innych pozostają równocześnie w stosunku hamującym i antagonistycznym. Tak naprzykład między wydzieliną gruczołu tarczowego a wydzieliną układu chromochłonnego nadnerczy, o którym będzie później mowa, ma istnieć wzajemne uzupełnianie się i podniecanie, atoli obie te wydzieliny w stosunku do hormonu trzustkowego mają pozostawać w antagonizmie. Podobnie też trzustka i tak zwane gruczoły przytarczyczne mają być wzajemnymi sprzy-

[1]) Podług wykładu, wygłoszonego dnia 24. I. 1912 r. w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem.

mierzeńcami, a przeciwnikami w stosunku do tarczycy. Atoli różne rodzaje i mechanizmy tych korrelacyi nie zostały dotychczas dostatecznie zbadane i wyjaśnione.

Wiadomości o wydzielaniu wewnętrznem są ściśle powiązane z kliniką, która musiałaby bądź przejąć nowy zakres pojęć ogólno-patologicznych, bądź też przetworzyć dotychczasowe pojęcia o pewnych jednostkach klinicznych. Do niedawna klinika widziała jedynie w układzie nerwowym pewien czynnik centralny, drażniący poszczególne narządy do wzmożenia lub zahamowania pracy i pośredniczący w harmonijnem wzajemnem współdziałaniu różnych czynności ustroju. Obecnie musiałaby się klinika liczyć również z możliwością drugiego mechanizmu pośredniczącego, t. j. z korrelacyą chemiczną narządów, które sobie swoje wydzieliny wewnętrzne podają za pośrednictwem narządu krążenia. Byłoby to poniekąd degradacyą dotychczasowego klinicznego pojęcia o wszechwładnem i wyłącznem centralnem panowaniu układu nerwowego w ustroju. Tak na przykład Starling stwierdza, że pod wpływem wyciągu z płodu gruczoły mleczne zwiększają się i zaczynają wydzielać, coby dowodziło według niego istnienia chemicznego związku między płodem i gruczołami mlecznymi. Takie samo twierdzenie powstało co do wydzieliny trzustki. Pawłow wykazał, że doprowadzenie kwasu do dwunastnicy wywołuje silne wydzielanie w trzustce i przyjmuje, że kwaśna treść pokarmowa, przechodząc z żołądka do dwunastnicy, wywołuje na drodze nerwowego odruchu wydzielanie w trzustce. Tymczasem Bayliss i Starling dowodzą, że jeżeli zniszczymy jak najdokładniej wszelkie połączenia nerwowe między dwunastnicą a resztą ciała, a zatem i trzustką, to i tak zadziałanie kwasu na dwunastnicę zwiększa wydzielinę trzustki, tak samo, jak gdyby drogi nerwowe były nietknięte. Przyjmują oni, że błona śluzowa dwunastnicy wydziela jakąś substancyę, zwaną sekretyną, która przechodzi ze stanu nieczynnego pod wpływem kwasu w stan czynny, a dostawszy się na drodze krążenia do trzustki, wywołuje wydzielanie soku trzustkowego zupełnie niezależnie od nerwów.

Nauka o wydzielaniu wewnętrznem pouczyła nas, że zwiększeniu się niektórych narządów, n. p. gruczołu tarczowego, trzustki, czy przysadki mózgowej, czy to samoistnemu, czy też pod wpływem nowotworów, towarzyszyć mogą oprócz objawów mechanicznego ucisku i objawów związanych z klinicznem pojęciem nowotworu, także i skutki wygórowanej, albo też obniżonej czynności gruczołowej, o objawach klinicznych daleko sięgających, nie związanych bezpośrednio tylko z narządem schorzałym. Zjawiska takie spostrzegano przy nowotworach gruczołu tarczowego, przysadki mózgowej, trzustki, nadnerczy, jajników i jąder. Te wytwory nadmiernego wydzielania (hypersekrecyi) znikają po usunięciu odpowiednich nowotworów. — Klinika uzyskała nowe fakty podstawowe w dziedzinie etyologii chorób przemiany materyi, tak zwanych chorób konstytucyonalnych. Nauka o wydzielaniu wewnętrznem rzuciła nowe światło na tak zwane sprawy wegetacyjne, to jest sprawy wzrostu i odżywienia ustroju, na sprawy bodźców, potęgujących lub hamujących rozwój ustroju, oraz na zaburzenia w budowie i wejrzeniu ciała, w temperamencie, psychice i inteligencyi. Tak samo i pojęcia o stanach toksycznych i samozatruciu nabrałyby nowego oświetlenia. Objawy zatrucia tłumaczy się bowiem według tej teoryi ustaniem działania hormonów, hamujących i powstrzymujących niejako wyładowywanie się napięcia tkanek i narządów. Przez odpadnięcie czynnika hamującego następuje wyładowanie w postaci bolów, kurczów, drgawek i tym podobnych objawów, które składają się na obraz kliniczny samozatrucia.

Atoli i klinika sama, jako taka, przez spostrzeżenia i zdobycze własne, pchnęła badania fizyologiczne i patologiczne na nowe tory. Obserwacye kliniczne bowiem pewnych obrazów chorobowych stały się drogowskazem dla badań nauki o wydzielaniu wewnętrznem. Dotyczyło to choroby Addisona, obrzęku śluzowatego (myxoedema), charłactwa z wycięcia tarczycy (cachexia strumipriva), akromegalii, t. zw. »Dystrophia adiposo-genitalis« przy zajęciu przysadki mózgowej, jakoteż t. zw. zaburzeń szyszynkowych, wykrytych w ostatnich czasach, a zależnych od szyszynki (glandula pinealis). (Dok. nast.).

Kleszcze wysokie.

Podał

Dr Cykowski (Warszawa).

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

Hebosteotomia nie rozstrzygnęła w zupełności sprawy postępowania lekarskiego w miednicy ścieśnionej i zabieg ten ze wszystkiemi ciężkiemi uszkodzeniami chorej, od niego zależnemi, w znacznej mierze zawiódł oczekiwania nasze. Może tedy nie bez korzyści pewnej będzie zabrać głos o nakładaniu kleszczy na wysoko stojącą główkę, oczywiście już wklinowaną do wchodu miednicy znaczniejszym lub mniejszym odcinkiem. W odczycie moim mam zamiar rozpatrzyć różnego rodzaju kleszcze porodowe, na wysoko stojącą główkę nakładane, oraz wypowiedzieć słów kilka o ich wartości klinicznej.

Na wysoko stojącą główkę można nakładać każde o zwykłej budowie kleszcze, które mają odpowiednią długość — około 40 cm.

Zdaniem Sołowija, możemy wykonywać z najlepszem powodzeniem operacyę na główce wysoko stojącej, jeśli używamy kleszczy o dość długich ramionach i niezbyt silnem wygięciu miednicznem.

Nie sposób atoli pominąć, iż przy użyciu kleszczy zwykłych, pomimo przestrzegania należytego kierunku pociągania, znaczna część siły pociągającego zużywa się na pokonanie oporu, jaki główka napotyka ze strony spojenia łonowego, o czem nas przekonywa wykreślony równoległobok sił.

Stąd wynika, iż na wysoko stojącą główkę należałoby nakładać tylko takie kleszcze, które przy pociąganiu przesuwałyby główkę w kierunku osi miednicy. Za takie są uważane znane powszechnie kleszcze Tarniera o miernem wygięciu miednicznem i kleszcze Breussa, posiadające na każdej łyżce staw płytkowy.

Jak wiadomo, rękojeści w kleszczach Tarniera mają ruchami swymi wskazywać, w jakim kierunku należy pociągań dokonywać. Otóż Fenomenow nazywa przypisywanie tym rękojeściom takiej roli — złudzeniem. Wszak kanał rodny, mówi ten autor, przedstawia szereg płaszczyzn pochyłych, mający kierunek niejednakowy; to też ustawienie się rękojeści w danej chwili wskazuje jedynie na ten kierunek, w jakim główka dopiero co posuwała się, lecz bynajmniej nie wskazuje tego kierunku, w jakim główka ma przechodzić przez znajdujące się niżej odcinki kanału rodnego. Stąd wynika, iż nawet z pomocą kleszczy Tarniera nie możemy przeprowadzić główki ściśle w kierunku osi miednicy; powyższe zdanie potwierdzają Skutsch, Jordan, Dobrowolski i inni.

Nie da się dalej zaprzeczyć, iż kleszcze Tarniera mają wielkie wady: budowa ich jest zbyt złożona, co niekiedy znacznie utrudnia posiłkowanie się niemi, a następnie kleszcze te za silnie ugniatają główkę.

W kleszczach Breussa główka może przedewszystkiem swobodnie dokonać zwrotu wśród łyżek, albowiem nie ugniatają one główki więcej, niż kleszcze zwykłe. Obecność natomiast na każdej łyżce stawu płytkowego sprawia, iż różnica między kierunkiem pociągania i osią miednicy jest natychmiast korygowana przez ruchy, w owym stawie wytwarzane, tak, iż główka może obniżać się w tym tylko kierunku, który jej zakreśla kanał miednicy. To stanowi ich wyższość nad kleszczami Tarniera.

Wspomniane modele kleszczy są nakładane na wysoko stojącą główkę zasadniczo w wymiarze poprzecznym miednicy. Przypatrzmy się, jakie są tego skutki? Jak wiemy, jednem z najczęstszych wskazań do nałożenia kleszczy wysokich są powikłania w przebiegu porodu w miednicy ścieśnionej, kiedy główkę znajdujemy we wchodzie miednicy, zaś szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym miednicy. Skoro kleszcze nałożymy również w wymiarze poprzecznym miednicy, musimy objąć główkę w jej wymiarze przedniotylnym, zupełnie atypowo. W tych warunkach kleszcze mogą bardzo łatwo się ześliznąć, co uniemożebni ukończenie zabiegu. Z drugiej strony i płód może uledz ciężkim uszkodzeniom: wskutek nadmiernego ucisku ze strony łyżek zdarzyć się mogą pęknięcia, załamania i złamania kości czaszki, czy twarzy; w ten sposób powstaje np. złamanie oczodołu z następczem wysadzeniem oczu. Przedewszystkiem zaś nader łatwo nastąpić może pęknięcie naczyń czaszkowych płodu z wynikiem śmiertelnym. Aby uniknąć wspomnianych ciężkich uszkodzeń płodu, należy objąć główkę koniecznie typowo za boki w jej wymiarze poprzecznym, lecz wówczas należałoby kleszcze nałożyć koniecznie w wymiarze prostym wchodu miednicy.

Zapytajmy, czy to jest możliwe przy wspomnianych modelach kleszczy? Oczywiście nie: znaczne wygięcie miedniczne czyni takie nałożenie kleszczy niewykonalnem. Jasną jest teraz rzeczą, iż w wymiarze prostym wchodu miednicy mogą być z łatwością nakładane jedynie kleszcze, nie posiadające wygięcia miednicznego. Takiemi są kleszcze Łazarewicza Fiedorowa. W kleszczach tych łyżki nie krzyżują się. Używam ich lat prawie 17.

Podczas ordynowania mego w klinice położniczej warszawskiej zastosowałem wspomniane kleszcze wyłącznie na główkę we wchodzie miednicy w 42 przypadkach: u 28 pierwiastek i u 14 wieloródek. Wskazanie do zabiegu stanowiła najczęściej grożąca zamartwica płodu, następnie objawy zagrażającego pęknięcia macicy, prawie wyłącznie u wieloródek. W przypadkach tych znajdowaliśmy nader wybitne rozciągnięcie dolnego odcinka, pierścień skurczowy na wysokości pępka, a niekiedy nawet wyżej. W kilku przypadkach poród przyspieszono z powodu wynikłej rzucawki, w innych wskutek zupełnego osłabienia bolów porodowych.

Płodów żywych otrzymałem 32, martwych 10. Z tej drugiej kategoryi w jednym przypadku kleszcze nałożyłem tylko tytułem próby, będąc z góry pewien, iż płód najprawdopodobniej będzie martwy. Sprawa dotyczyła wieloródki, u której należało ze względu na wywiady dokonać tylko cięcia cesarskiego, o czem mowy być nie mogło wobec przybycia chorej do kliniki zapóźno.

W innym przypadku u wieloródki poród trwał długo, rozciągnięcie dolnego odcinka było niezwykłe, pierścień skurczowy ponad pępkiem, nadomiar wszystkiego płód ważył 3.600 gm; w mieszkaniu chorej nakładano kleszcze i po nieudałej próbie ukończenia porodu skierowano ją do kliniki. Nic też dziwnego, iż kleszcze, nałożone zaraz po przybyciu chorej do kliniki, nie zdołały uratować płodu, w stanie ciężkiej zamartwicy wydobytego.

W dwu innych przypadkach było właściwie fizycznem niepodobieństwem urodzenie płodów żywych wskutek ich niezwykłej wagi: w pierwszym przypadku przy użyciu wielkiej siły z wielkim trudem zdołałem wydobyć płód olbrzymi, wagi 5.000 grm.

Jeśli teraz przeciwstawimy pozostałe 6 płodów martwych 32 żywym, to, zdaje się, możemy dojść do wniosku, iż kleszcze Łazarewicza Fiedorowa są chyba warte dalszego wypróbowania.

Słów kilka powiedzieć muszę o uszkodzeniach matek, jakie przy nakładaniu wspomnianych kleszczy powstawały. Trzy razy powstało pęknięcie części pochwowej macicy, zeszycia tu nie stosowałem. Powikłanie to zdarza się wszak i podczas porodu samorodnego, to też wspominam o niem raczej dla ścisłości. W 14 przypadkach powstało pęknięcie pochwy i krocza; u 2 chorych wypadło nałożyć w pochwie nieco więcej szwów, bo raz jeden osiem, innym razem sześć.

Z powodu tych dwu głębszych pęknięć pochwy i wreszcie innych znacznie mniejszych oświadczyć muszę, iż dla mnie osobiście pęknięcia te nie przedstawiają nic nieoczekiwanego z następujących względów: Mówimy wyłącznie o kleszczach wysokich; wiemy, iż kleszczami tymi musimy nietylko główkę płodu obniżyć, lecz jednocześnie musimy dokonywać dużych zwrotów główki, chcąc przeprowadzić szew strzałkowy z wymiaru poprzecznego miednicy poprzez skośny w wymiar prosty.

Te właśnie zwroty, nie zaś konstrukcya narzędzia, stanowią jedyny powód występowania pęknięć pochwy, zwłaszcza głębokich, o czem mowy być nie powinno przy wydobywaniu nizko stojącej główki.

Dokonywanie wspomnianych zwrotów wywołuje również niekiedy poszarpanie części pochwowej, co zdarzyło mi się raz jeden.

W 16 przypadkach nie miałem absolutnie żadnych pęknięć pochwy i krocza, w tem u pierwiastek w 8 przypadkach.

W zakończeniu rozpatrywania mojej kazuistyki zaznaczyć jeszcze muszę, iż u jednego z płodów wystąpił wkrótce po porodzie wylew krwi w spojówkę prawego oka; powikłanie to wkrótce ustąpiło pod okładami wilgotnymi. Sądzić należy, iż w danym przypadku łyżka kleszczy wprowadzona była wadliwie, zapewne nieco za głęboko i stąd wskutek ucisku powstało opisane uszkodzenie.

Streszczając wszystko wyżej podane, mogę wypowiedzieć następujące wnioski:

1. Będące w powszechnem użyciu kleszcze porodowe, nakładane we wchodzie miednicy, ze względu na swe wygięcie miednicowe nie mogą być nakładane w wymiarze prostym wchodu miednicy, przez co zazwyczaj obejmują główkę atypowo w jej wymiarze przednio-tylnym.

2. Wskutek takiego obejmowania główki powstać mogą nader ciężkie uszkodzenia płodu, nie mówiąc już

o możliwości ześlizgiwania się kleszczy i konieczności przerwania zabiegu.

3. Objąć wysoko stojącą główkę typowo, z boków, mogą zasadniczo tylko takie kleszcze, które z łatwością mogą być nałożone w wymiarze prostym wchodu.

Przypadek tętniaka tętnicy głównej wstępującej i łuku tętnicy głównej, leczony salwarsanem.

Podał

S. Justman (Łódź).

Wszyscy badacze i klinicyści, którzy stosowali salwarsan, uznają, że jedynemi przeciwwskazaniami dla tego środka są cierpienia układu naczyniowego i nerek, oraz posunięta gruźlica płuc. Przypadek poniżej opisany zasługuje z tego względu na uwagę, iż właśnie cierpienie układu naczyniowego, i to bardzo poważne, uznane było za wskazanie do użycia salwarsanu.

Adam Kw., lat 45, katolik, konduktor tramwajowy, przyjęty został do Łódzkiego Szpitala fabrycznego dnia 21 listopada 1911 r. z powodu gwałtownych napadów bicia serca i bolu w piersiach, rozpromieniającego się w dołek podsercowy, połączonych z czasową utratą tchu i mowy. Napady te wystąpiły rok temu i powtarzały się 2—3 razy tygodniowo. Po 2 miesiącach leżenia i leczenia objawowego (morfina podskórnie) nastąpiła poprawa, chory wrócił do zajęcia i pracował z przerwą 2-miesięczną (urlop letni ze względu na stan zdrowia) do zeszłego tygodnia, kiedy dawne napady ponowiły się w stopniu jeszcze gwałtowniejszym i stały się bardzo częste (kilka razy dziennie).

Dawniej czuł się zawsze zdrów, jeno kilka lat temu pośliznął się i potłukł, od tego czasu ból w tylnej części lewej kończyny dolnej od pośladka do kolana. Pali do 15 papierosów dziennie, wyskoku używał rzadko i niewiele, chorób wenerycznych miał nie przebywać. Podług słów żony, zawsze był »bardzo nerwowy«, dzieci, szczególniej najstarszy syn, również. Żona zdrowa, roniła 2 razy, 2 dzieci zdrowe, 2 zmarło na zapalenie mózgu wzgl. jelit.

Chory średniego wzrostu, szczupły, prawidłowej budowy. W dolnej części lewego płuca z tyłu stłumienie od XI żebra ku dołowi, nie wyjaśniające się przy głębszym wdechu. Górna granica serca na górnym brzegu V żebra, prawa i lewa prawidłowe. Lekkie stłumienie na mostku od wcięcia jarzmowego do przyczepu chrząstek III żeber. Wyraźny szmer rozkurczowy nad wszystkiemi ujściami, najsilniejszy nad aortą, I ton przy ictus niejasny, zmieszany z szmerem. T. 88, chybkie, rytmiczne. Tętno prawej t. sprychowej wyraźnie słabsze od tętna lewej. W narządach brzucha niema nic szczególnego. Niema zmian dotyku, przeczulicy, ani przytępienia czucia. Odruchów spojówkowych brak, inne prawidłowe. Prawa źrenica leży odśrodkowo, lewa nie okrągła, obie zupełnie nie oddziałują na światło, na ustawienie — żywo. Prawa rogówka zmętniała trochę (trichiasis, blizna rozległa górnej powieki po jaglicy).

Na zasadzie powyższych danych badania przedmiotowego rozpoznałem tętniaka tętnicy głównej wstępującej i łuku tętnicy głównej, objaw zaś Argyll-Robertsona umożliwił również wyjaśnienie etyologii tętniaka, mianowicie wskazał na jego przymiotową naturę. Wprawdzie chory zaprzeczał, jakoby kiedykolwiek nabawił się kiły, powyżej wymieniony jednak objaw obok niezrozumiałej u człowieka nie przeciążonego pracą umysłową »nerwowości«, która przeszła dziedzicznie na starszego syna, wystarczają do rozpoznania przymiotu mózgu. Pewne znaczenie mają również dwa poronienia żony, kobiety zupełnie zdrowej i nie pracującej zbyt ciężko fizycznie. Zresztą, nagabywany przezemnie kilkakrotnie, chory przyznał, czy też przypomniał sobie (patrz przebieg choroby), że, będąc kawalerem, miał raz rankę w rowku zażołędnym blizko wędzidełka, która po przypaleniu sinym kamieniem zagoiła się. Wiadomo, iż chorzy mniej i mało inteligentni przywiązują do choroby tylko wtedy pewną wagę, o ile towarzyszy jej ból lub inny jakiś niezwykły objaw. Tem się objaśnia fakt, iż wrzód twardy, jako niebolesny, często uchodzi zupełnie uwagi chorego. Tak się też rzecz miała i u naszego chorego: ponieważ ranka go nie bolała i zagoiła się sama, przeto uważał ją za rzecz niewinną.

Pewnym będąc kiłowego pochodzenia tętniaka, postanowiłem przystąpić niezwłocznie do leczenia przyczynowego. Dla uzupełnienia jednak obrazu klinicznego i w celu usunięcia wszelkich pozostałych jeszcze co do rozpoznania i etyologii cierpienia wątpliwości posłałem krew chorego do zbadania metodą Wassermana, a sam chory został prześwietlony i rentgenografowany. Wyniki badania krwi i rentgenogram potwierdziły rozpoznanie i etyologię cierpienia; co do szczegółów patrz niżej.

Przebieg choroby i leczenia był następujący,

23. XI. W nocy był chory niespokojny, mówił, by mu dano trucizny, to sobie życie odbierze, uspokoił się po dużej dawce bromu. Zastosowana przedtem podskórnie morfina w ilości 0,01 żadnego wpływu nie wywarła. Jak mi mówił lekarz, obserwujący chorego przed wstąpieniem do szpitala, stosował on w razie napadu 0,02 morfiny.

24. XI. Chory przypomina sobie, że kawalerem będąc, dostał ranki w rowku zażołędnym blizko wędzidełka, która po przypaleniu sinym kamieniem zagoiła się. Chory bierze od wczoraj brom w dużych dawkach.

25. XI—27. XI. Spał nieźle, po obiedzie czuje się pełnym. Płaczliwy.

28. XI. Narzeka, że spać nie może, że go pali w dołku, apetytu brak, mdłości, wymioty itd. Płaczliwy. Zalecono: węglan magnowy, na noc weronal. 29. XI. W nocy spał. 30, XI. W nocy spał dobrze, czuje się dobrze. T-84.

1. XII—2. XII, Próba Wassermana dała wynik dodatni, silny (Dr. Silberstrom). Badanie wziernikiem ocznym po rozszerzeniu źrenic atropiną wykazało lekkie zatarcie granic brodawek nerwów wzrokowych, lekkie zwężenie tętnic — obraz ten w prawem oku wydatniejszy.

3. XII—4. XII. Wprowadziłem do żyły 0,24 salwarsanu. 5. XII. Chory czuje się zupełnie dobrze. Najwyższe podniesienie ciepłoty do 37·7° nastąpiło wieczorem, dziś ciepłota prawidłowa. 6. XII—7. XII. Wprowadziłem do żyły 0,25 salwarsanu. 8. XII. Ciepłota pozostała prawidłową.

9. XII—10. XII. Chory czuje się dobrze, sypia spokojnie, zaznacza niepytany, że się czuje zupełnie spokojnym, czego dawniej nie bywało. Pyta się o termin wyjścia ze szpitala.

11. XII—15. XII. Wprowadziłem do żyły 0,25 salwarsanu. 16. XII. Ciepłota pozostała prawidłową. Chory prosi o wypuszczenie ze szpitala, bo ze względu na blizkie święta nie może się zadowolnić połową płacy pobieraną przez czas choroby. 17. XII. Czuje się dobrze. Wypuszczony w stanie dobrym z poleceniem powrotu do szpitala po miesiącu.

O wyniku prześwietlenia i zdjęcia dowiedziałem się nazajutrz po wypuszczeniu chorego z rozmowy z Dr. Langem, do którego w tym celu chory skierowany był w końcu listopada 1911. Rozpoznanie kliniczne okazało się słusznem.

Z chwilą rozpoczęcia leczenia salwarsanem zaniechałem stosowania wszelkich innych środków. Zmiany więc, jakie nastąpiły od tego czasu, zależały niewątpliwie od działania salwarsanu. Przedewszystkiem uderzający był wpływ tego środka na stan psychiczny chorego. Chory, który przedtem był ciągle usposobiony płaczliwie, którego wyraz twarzy świadczył o ciągłej burzy wewnętrznej, już po pierwszem wlewaniu salwarsanu zaczął bardzo dobrze sypiać, poczuł się spokojnym, z czego szczególniej

był zadowolony. Wszelkie nieprzyjemne uczucia w piersiach i brzuchu, na które w obfitości skarżył się chory poprzednio, znikły, jak ręką odjęte. Dawne napady ustały wprawdzie jeszcze przed rozpoczęciem leczenia salwarsanem, tak że wpływ tegoż na nie na razie ocenić się nie da. Ważnem jednak jest ustanie bicia serca, które chory stwierdził zupełnie sam, bez żadnej sugestyi z mojej strony.

Naturalnie, przedwczesnem, a nawet nie odpowiedniem byłoby mówić o wyleczeniu w przypadku anatomicznie daleko już posuniętym, jak nasz. Lecz sam fakt poprawy zmusza we wszystkich analogicznych przypadkach zastosować salwarsan, który naturalnie tem więcej pomoże, im wcześniej zastosowany będzie. W danym przypadku prócz zmniejszenia dawki żadnych właściwie środków ostrożności nie zastosowałem. Zwracałem tylko pilną uwagę na stan podmiotowy i tętno chorego podczas wlewania śródżylnego, po którem chorego zawieziono na salę z nakazem zachowania absolutnego spokoju przez dobę.

Choremu wstrzykuję od drugiej połowy stycznia co 9—11 dni (w dzień wolny od pracy) śródmięśniowo salicylan rtęci, jednocześnie bierze chory jodek potasu 3 razy dziennie po 0,75. Przez cały ten czas czuje się zupełnie dobrze i pracuje, jako konduktor czynny (nie zapasowy, jak z początku po wypuszczeniu ze szpitala).

Jeśli wolno wysnuwać wnioski z jednego sumiennie spostrzeganego przypadku, to pozwolę sobie sformułować je, jak następuje.

I. Tętniak tętnicy głównej pochodzenia przymiotowego stanowi wskazanie do zastosowania salwarsanu.

II. Dawka jednorazowa salwarsanu musi być wtedy zmniejszona o 30%—50% t. j. 0,25 zamiast 0,4—0,5.

III. Po wlewaniu śródżylnem powinien chory przez dobę zachować się tak, jak po laparotomii.

IV. Dawka jednorazowa, zniesiona raz dobrze, może być następnie powtarzana kilka razy w odstępach kilkodniowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Marya Hollensen. **W jaki sposób może lekarz praktyczny najlepiej przeprowadzać leczenie tuberkulinowe?** (Med. Klin. 1912, Nr 8). Należy kierować się odczynem Pirqueta, wykonywanym co 6 tygodni. Zwykle przerywa się leczenie, gdy chory znosi 1 cm.^{3} nierozcieńczonej starej tuberkuliny lub zawiesiny prątków bez odczynu. Obecne przetwory dozwalają stosować żądane rozcieńczenia i przechowywać je dobrze nawet przez czas dłuższy. K.

Kohler i Plautówna. **Doświadczenia z tuberkuliną Rosenbacha.** (Zeitschr. f. klin. Med. t. 74, zesz. 3 i 4). Od czasu istnienia tuberkuliny Kocha pojawiają się liczne usiłowania, zmierzające do obniżenia własności szkodliwych, bez ujmy dla strony leczniczej tego przetworu. Tak powstała też tuberkulina Rosenbacha, którą się otrzymuje przez biochemiczne działanie na prątki gruźlicze i ich podłoże zapomocą pleśniowca »trichophyton holosericum album«. Pleśniowiec ten, dosiany do hodowli prątków gruźliczych, zmienia własności tuberkuliny, odbierając jej jadowitość. Z powodu małej jadowitości w porównaniu ze starą tuberkuliną, można stosować przeszło 100 razy większe dawki lecznicze tej tuberkuliny i Rosenbach doniósł o bardzo wybitnych pomyślnych wynikach, osiągniętych tem leczeniem. Wobec takich wyników Rosenbacha, Kohler i Plautówna zastosowali tę tuberkulinę na klinice berlińskiej Prof. Hisa u czterdziestu chorych, a równocześnie u drugich czterdziestu zastosowali przyjęte dziś ogólnie leczenie dyetetyczno-higieniczne z ewentualnym dodatkiem przetworów gwajakolowych. Chore były przeważnie dotknięte zmianami początkowemi, a tylko nieznaczna ich liczba miała zmiany gruźlicze drugiego okresu. Przeważna część chorych oddawała się podczas leczenia swoim zwyczajnym zajęciom, atoli w nieco ograniczonej mierze. Chore leczone tuberkuliną pozostawały przez 4—7 miesięcy w leczeniu autorów i dostawały 2 razy na tydzień w okolicę ramienia wstrzyknięcie tuberkuliny. Rozpoczynano od dawki początkowej 0·1 cm^3, a przy zwiększaniu stopniowem dawki kierowano się spostrzeżeniami, jak dana chora środek ten znosiła. Dawkę zwiększano o 0·1 aż do 1 cm^3. Tą dawkę kilkakrotnie powtarzano, a potem stopniowano wielokrotnie do 1·5, 2, 2·5 i najwyżej 3 cm^3. Tylko u słabych i wrażliwych chorych zaczynano od 0·01 gr, a później między 0·1 a 1 gr powoli stopniowano. Wyniki tego leczenia były bardzo korzystne. Przy leczeniu tą tuberkuliną stwierdzono pomyślny przebieg u 85·4% (bez tuberkuliny tylko u 36·8%). U 41·2% chorych, leczonych tuberkuliną, znikły zupełnie zmiany, stwierdzone przedmiotowo, natomiast z chorych nieleczonych tuberkuliną nie stwierdzono tego u żadnej. Przy leczeniu tuberkuliną przybytek wagi stwierdzono u 70·2% (bez tuberkuliny u 33·4%), nie zauważono przybytku ani ubytku wagi u 16·2% (bez tuberkuliny u 20%), straciło na wadze 13·5% (bez tuberkuliny 46·7%). Oprócz pomyślnych wyników przedmiotowych zauważono bardzo znaczną poprawę dolegliwości podmiotowych. Odczyn u chorych bywał rozmaity. Przeważnie stwierdzano dość znaczny obrzęk, wychodzący z miejsca wstrzyknięcia i obejmujący prawie całe ramię. Jest to odczyn, występujący przy wstrzykiwaniach starej tuberkuliny, znany pod nazwą odczynu Moro. Oprócz tego stwierdzano podnoszenie się czasowe ciepłoty i czasowy odczyn miejscowy w ogniskach gruźliczych w płucach, w postaci zwiększania się rzężeń. Ujemnych skutków działania zupełnie nie stwierdzono, a wspomnianych obrzęków dawało się uniknąć przez wstrzykiwania w skórę grzbietu lub wstrzykiwania wśródmięśniowe.

Dr M. Blassberg.

Prof. Ghedini. **O trującem działaniu kwasów oksyproteinowych moczu ludzkiego.** (Folia clin. chimic. et microsc. t. 3, z. XI, 1911). Otrzymywany z moczów rozmaitych osób kwas oksyproteinowy wprowadzał autor do ustroju zwierząt (psy, króliki, białe myszy) śródżylnie, podskórnie lub wewnętrznie; stwierdził przytem znaczne działanie trujące oksyproteiny. Objawy zatrucia były następujące: przyspieszenie oddechu, niepokój, drgawki, wymioty, biegunka, wreszcie śmierć, zależnie od dawki. Sposób podania nie odgrywał żadnej roli. Najsilniejsze działanie trujące okazywały oksyproteiny, pochodzące z moczu osób zdrowych, nieco mniejsze z moczu osób cierpiących na cukrzycę i chorobę Basedowa, najsłabsze zaś działanie trujące miały oksyproteiny z moczu osób, dotkniętych zapaleniem nerek, marskością, lub kiłą wątroby i rakiem żołądka. Jeżeli się zdarzy, że zdrowy człowiek wydziela w 2. litrach moczu 6·7 gr. oksyprotein, należy przyjąć, że upośledzenie ich wydalania, jak np. przy zapaleniu nerek, może mieć ciężkie następstwa. Ten sam przypadek zajść może, gdy przy niezmienionem wydalaniu nastąpi zwiększona produkcya oksyprotein wskutek rozpadu komórek, n. p. przy raku. Ponieważ mocz chorych na raka zawiera znaczną ilość oksyprotein, przeto autor jest skłonny przypisać im pewną rolę w powstawaniu charłactwa. Podobnie i upadek odżywienia (dystrofia), jaki się spotyka u osób cierpiących na przewlekłe zapalenie nerek na tle ogólnem, mogłoby być w związku ze zwiększoną produkcyą oksyprotein z powodu zaburzeń w tkankach, tak, że zmiany miąższu nerkowego byłyby następstwem tej dystrofii, a nie sprawą pierwotną. Dr T. T.

Beyle. **Opoterapia śledzioną. Leczenie swoiste gruźlicy.** (Révue de med. 1911, Nr 6). Autor od r. 1907 prowadzi systematyczne badania nad tym sposobem leczenia Chory dostaje dziennie w gorącym bulionie lub w inne

jakiej potrawie 100 gr. świeżego roztartego miąższu śledziony wieprzowej. Takie leczenie trwa 3 tygodnie, potem następuje przerwa 2-tygodniowa, potem znowu 3 tygodnie leczenia itd. Leczenie to znoszą chorzy zwykle bardzo dobrze, bez żadnych nieprzyjemnych objawów, z wyjątkiem lekkiego i krótkotrwałego rozwolnienia. Jeżeli jednak chory leczenie takie źle znosi, to używa się wewnętrznie lub podskórnie wyciągu śledziony. Pod wpływem takiego leczenia stan podmiotowy chorego polepsza się, podnosi się ciężar ciała, zmniejsza się kaszel, duszność, znikają bole wszelkiego rodzaju już nawet po 2 tygodniach leczenia. Wybitną także poprawę daje ten sposób leczenia w gruźlicy gruczołowej.

W sposób powyższy leczył autor 150 chorych na gruźlicę płuc i 21 chorych na gruźlicę kości, stawów lub gruczołów. Z 150 chorych na gruźlicę płuc zauważył autor wpływ leczenia w 146 przypadkach. W tych zaś przypadkach, które mógł dość długo obserwować, w 75% stwierdzić miał, jak podaje, wyleczenie (?). Przypadki gruźlicy miejscowej wszystkie zostały wyleczone (?). Autor podaje w swej pracy szczegółowy opis 4 przypadków i w końcu między innymi dochodzi do następujących wniosków: Leczenie śledzioną jest prawdziwie swoistym sposobem leczenia tak gruźlicy płuc, jak i gruźlicy miejscowej gruczołów i stawów. Leczenie to nie wywołuje żadnego odczynu gorączkowego, ani też przykrych objawów. Wreszcie leczenie to jest nadzwyczaj proste i łatwe. Dr L. Mańkowski.

Tommasi. **W sprawie gośćca gruźliczego.** (Revue de méd. 1911, Nr 4). Istnieje cały szereg przypadków zajęcia stawów, które z początku są bardzo podobne do zwykłego gośćca stawowego. Jednakowoż bezskuteczność przetworów salicylowych, pogarszanie się objawów po miejscowem zastosowaniu, gorączka lekka i nieodpowiednia do bolów stawowych itd., wszystko to każe przypuszczać możliwość gośćca rzekomego, gośćca gruźliczego. Jednakowoż rozróżnienie bywa tutaj bardzo trudne. Pomocne mogą się tutaj okazać: próba tuberkulinowa, cytodyagnostyka płynu, wydobytego z stawu zajętego i zaszczepienie tego płynu świnkom morskim, prócz tego oczywiście dalszy przebieg kliniczny choroby i ścisła analiza objawów. Autor podaje szczegółowy opis 3 przypadków (z których dwa zakończyły się śmiercią) i wyniki badania patologo-anatomicznego. Dr L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Bonacher i Gorter. **Zapalenie opon mózgowych, wywołane przez prątka paratyfusowego, powikłane tężyczką, u dziecka ośmiomiesięcznego.** (Arch. de méd. des enf. T. XIV. 1911, Nr 5). Początek i pierwsze tygodnie choroby miały wszelkie cechy gruźliczego zapalenia opon; w 3. tygodniu wystąpiły drgawki toniczne i kloniczne, przyczem lewa ręka okazywała ułożenie, charakterystyczne dla tężyczki. W dalszym przebiegu szczękościsk i wszelkie objawy tężyczki; w 11. tygodniu choroby zejście śmiertelne. Płyn mózgowordzeniowy mętny, nie zawierał prątków Kocha, natomiast wyhodowano z niego prątka paratyfusowego. Zejście śmiertelne przypisują autorzy nietyle jadowitości prątków, ile wyniszczeniu z powodu upośledzonego odżywiania. Tężyczka istniała, według autorów, w stanie utajonym jeszcze przed zapaleniem opon, które ją dopiero ujawniło, prawdopodobnie przez usunięcie soli wapniowych z sąsiednich ośrodków ruchowych kory mózgowej, zwiększając przez to ich pobudliwość. Dr T. T.

Morelli. **Angina Plaut-Vincenti.** (Folia clin. chimic. et microscop. T. III, z. XI, 1911). Vincent odróżnia dwie odmiany zapalenia gardła, jego imieniem oznaczonego, jedną rzadszą o nalotach błonicowatych, z bardzo powierzchownemi owrzodzeniami, wywołaną tylko przez prątki wrzecionowate, i drugą, znacznie częstszą, z głębszemi owrzodzeniami błony śluzowej, gdzie obok wspomnianego prątka pojawiają się jeszcze drobnoustroje z gatunku krętków (spirochaete). W przeciwieństwie do tego podaje autor, że w pierwszych z tych odmian można spotkać oba drobnoustroje razem w bardzo wielkiej ilości; prawdopodobnie tedy owrzodzenia w odmianie drugiej nie tyle zależą od obecności krętków, ile od następowego zakażenia florą jamy ustnej, względnie od mniejszej odporności tkanek. Jako ważny szczegół z rozpoznania różniczkowego względem błonicy, którą można odróżnić zresztą tylko na podstawie badania bakteryologicznego, podnosi autor niestosunek przy zapaleniu gardła Plaut-Vincenta między niekiedy bardzo rozległemi zmianami miejscowemi, a stosunkowo lekkim stanem ogólnym. Dr T. T.

Markuson i Agopoff. **O wartości wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej w celach zapobiegawczych.** (Arch. de méd. des enf. T. XIV. 1911, Nr 5). Autorzy wstrzykiwali przez przeciąg 3 lat w celach zapobiegawczych przeszło 1.000 dzieciom, dotkniętym odrą, po 1.000 jednostek uodparniających surowicy przeciwbłoniczej, zaraz po ich przybyciu do szpitala. W porównaniu ze statystyką poprzednich trzech lat, w których leczono również przeszło 1.000 dzieci na odrę, nie wstrzykując surowicy przeciwbłoniczej w celach zapobiegawczych, okazało się, że odsetek dzieci w ten sposób uodpornianych, które później zapadły na błonicę, był nawet nieco większy, niż dzieci drugiej kategoryi. Początek błonicy przypadał tak u jednych, jak i drugich, przeważnie na okres pierwszych 2 tygodni po przybyciu do szpitala, więc na czas, w którym u dzieci, objętych doświadczeniem, bierna odporność powinna być u szczytu. Również i odsetek śmiertelności z powodu błonicy dzieci jednej i drugiej kategoryi był ten sam. Na podstawie tych danych radzą autorzy nie wstrzykiwać surowicy przeciwbłoniczej w celach zapobiegawczych osobom dotkniętym odrą, zwłaszcza zaś nigdy nie powtarzać takich wstrzykiwań z obawy wywołania objawów anafilaksyi. Możność zapobiegania błonicy upatrują M. i A. w szczepieniu ochronnem; różnice między wynikami własnych badań, a wynikami innych autorów, przypisują odmiennemu charakterowi epidemii w Rosyi. Dr T. T.

Higiena.

(Z posiedzeń sprawozdawczych lekarzy miejskich w Krakowie).

Siegfried Rosenfeld: **Wpływ zmian atmosferycznych na powstawanie nieżytów żołądkowo-jelitowych i zapaleń narządów oddechowych u osesków.** (Das österreichische Sanitätswesen 1911 r. 28—34).

Autor opiera się w swej statystyce na materyale z 25 lat (1884—1905), dotyczącym śmiertelności osesków w Wiedniu w pierwszym roku życia i wykazuje związek między niektórymi czynnikami klimatycznymi, a śmiertelnością osesków na cierpienia żołądkowo-jelitowe i zapalenia narządów oddechowych. Głównym czynnikiem klimatycznym jest ciepłota powietrza. Wysokie ciepłoty, od 30° C wzwyż, przy dłuższem, niż jednodniowem trwaniu, zwiększają śmiertelność osesków na cierpienia żołądkowo jelitowe. Im wyższa ciepłota i im dłużej trwa, tem większa śmiertelność, szczególnie przy silnej względnej wilgotności powietrza. Śmiertelność z powodu chorób narządów oddechowych zwiększa się w zimie, lecz znaczniej jeszcze zwiększa się z wiosną, szczególnie, gdy po kilku dniach zimnych nagle występują kilkodniowe wysokie ciepłoty od 15—20° C; opady, występujące po dłuższej suszy, zmniejszają śmiertelność.

Że wysokie ciepłoty wywierają w etyologii zaburzeń trawienia wpływ pośredni, a to działając na środki odżywcze dla dzieci, łatwo się rozkładające, jest ogólnie przyjęte; lecz istnieje także bezpośredni wpływ wysokich ciepłot w lecie na powstawanie nieżytów żołądkowo-jelitowych, a to przez 1) przekarmianie osesków w lecie, gdyż ilość i częstość pożywienia w lecie zwykle nie bywa mniejsza, niż w innych miesiącach; 2) zawijanie dzieci, wywołujące wzmożenie się ciepła w ustroju, co usposabia do za

burzeń jelitowych; 3) wysoką ciepłotę powietrza mieszkań, należycie nie wentylowanych, szczególnie w mieszkaniach proletaryatu; ten wpływ gorąca wzmaga swoją szkodliwość przez zwiększoną wilgotność powietrza. Dlatego do środków zwalczających śmiertelność osesków z chorób trawienia należy: 1) zmniejszenie ilości i częstości pożywienia osesków w miesiącach gorących; 2) codzienne zmywania lub chłodne kąpiele koło godz. 2. popołudniu, a więc w okresie najwyższego ciepła, natomiast unikanie zawijania dzieci pieluszkami i wiązaniami; 3) wentylowanie mieszkań i otwieranie na noc okien sypialni.

Co do śmiertelności z powodu chorób narządów oddechowych, to statystycznie stwierdzono fakta następujące: 1) Śmiertelność osesków zwiększa się z obniżeniem się ciepłoty powietrza poniżej 0°. Powodów tego szukać należy w tem, że oseski te trzymane bywają w mieszkaniach przeważnie zanadto opalanych, o małej ilości tlenu, a nie miały jeszcze czasu przystosować się do tych warunków, co dopiero koło stycznia każdego roku regularnie następuje. 2) Z wiosną zwiększa się śmiertelność osesków z zapalenia płuc; przyczyną tego jest nieodpowiednie ubieranie osesków i nadmierne a nieodpowiednie opalanie mieszkań, dające powód do nadmiernego zatrzymania się ciepła w ustroju

Dr Bolesław Komorowski.

Zapasiewicz: **O panującej obecnie dżumie w Rosyi** (Zdrowie, zeszyt 5. 1911).

Celem zbadania epidemii dżumy w Odessie w roku 1910 i 1911, wysłał Magistrat Warszawy Dra Gerlacha i Dra Zapasiewicza do Odessy, którzy w niniejszej pracy opisują swe spostrzeżenia. W związku z epidemią w Odessie omawia autor sprawozdanie najwyższej Komisyi dla zwalczania tej choroby w Rosyi azyatyckiej. Według tego sprawozdania, w strefie kolei wschodnio-chińskiej zachorowało od początku epidemii do 28/I 1911 r. 1065 osób, wyzdrowiało tylko 16, w następnym tygodniu zachorowało 141, nikt nie wyzdrowiał. Nie lepsza jest statystyka z okolic Charbina, stepów kirgizkich. Panowała tu głównie dżuma płucna, do tego nie stosowano tu tak energicznie surowicy przeciwdżumowej, jak w Odessie. Śmiertelność w ostatniej epidemii gruczołowej w Odessie, wynosiła z początku 60 do 70%, po stosowaniu surowicy przeciwdżumowej spadła na 10—5%. Pomijając szczegółowy opis cech morfologicznych i biologicznych lasecznika dżumy, wspomnieć należy, że mleko nie ścina się i nie przedstawia żadnych zmian wskutek rozwoju lasecznikόw dżumy. a następnie, że lasecznik dżumy, jak to ponownie stwierdzono, jest bardzo odporny na wpływy ciepłoty, bo mnoży się i w ciepłocie + 5° C.

Roznosicielami lasecznikόw są, jak stwierdzono, pchły i muchy, (pulex cheopis, muscae domesticae, calliphorae, vomitoriae), które mogą wywołać zakażenie już wprost przez siadanie na skórze człowieka na ubraniu; dalej pewien gatunek mrówek, pluskwy, w których według Klodnickiego i Jordańskiego utrzymują się laseczniki dżumy nieraz przez 3 miesiące. Do przenosicieli lasecznikόw zaliczają również psy, koty, króliki, dżdżownice (laseczniki w ciele dżdżownic nie tracą jadowitości przez 7 dni), dalej ryby. Na Syberyi bobaki (tarbagany) gromadnie chorują na dżumę ostrą i przewlekłą i epidemie dżumy u nich, tak, jak to stwierdzono u szczurów, poprzedzają wystąpienie tej choroby u ludzi. Szczury przetrzymują nierzadko epidemie tej choroby u ludzi, czego dowodzi fakt, że w Odessie w dzielnicy zadżumionej już po ustaniu epidemii u ludzi, przy badaniu szczurów znaleziono na 50, jeszcze 6 padłych na dżumę. Badania wykonywano i w ogólnych pracowniach, przy zastosowaniu środków ostrożności. Podłogi pracowni kamienne, stoły pokryte szkłem, ściany pociągnięte farbą olejną, lekarze w osobnych fartuchach i gumowych rękawiczkach.

Wrotami zakażenia są drobne nawet uszkodzenia naskórka, co doświadczalnie stwierdzono także w obecnej epidemii. Jednak i przez skórę, pozornie całą, mogą wniknąć laseczniki do ustroju i wywołać zmiany w najbliższych gruczołach chłonnych.

Leczono głównie surowicą przeciwdżumową z Kronsztadtu w ilości od 150—200—700 cm³ nawet po kilka razy, odpowiednio do ciężkości schorzenia. Chorych dżumowych umieszczano w osobnym pawilonie, w pokojach z łóżkiem w pośrodku, podłogę pokrywano w około prześcieradłami zamoczonemi w sublimacie, okna, drzwi zawieszano siatkami i zasłonami, muchy tępiono. Personal szpitalny szczepiono ochronnie surowicą Yersina i Haffkinea, nadto używano respiratorów na nos i usta. Pawilon dla dżumowych, zbudowany zupełnie oddzielnie, według najnowszych zdobyczy wiedzy, posiada urządzenie dla odkażania wód odpływowych w postaci zbiorników szczelnie zamkniętych (odkażanie chlorkiem wapna), skąd dopiero wpuszcza się odpływy do kanałów miejskich. Chorych przewożono w osobnym wozie pod nadzorem Siostry Miłosierdzia do pawilonu dżumowego, zaś równocześnie wysyłano służbę sanitarną celem odkażenia mieszkania i wytępienia szczurów. Tępienie szczurów przeprowadzano wszystkimi znanymi sposobami, a więc mechanicznie przez zastawianie pułapek, chemicznie przez stosowanie trucizn i biologicznymi posiewami Danysza. Osoby z otoczenia chorego oddawano pod obserwacyę pięciodniową w osobnym baraku, skąd po odkażeniu ubrań, bielizny i po wykąpaniu puszczano je do domu. Dr Stanisław Gólski

Otto Welge: **Ćwierć wieku polityki socyalnej** (Sociale Medizin und Hygiene, zesz. 4, 1911).

Od wprowadzenia ubezpieczenia państwowego w Niemczech na wypadek choroby upłynęło 25 lat w r. 1900, zaś taki sam czas upłynął w r 1910 od zaprowadzenia państwowego ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków. Liczba osób ubezpieczonych w różnych kasach chorych wzrosła od r. 1885 z 10·5% ogółu ludności cesarstwa niemieckiego na 20·8%, to znaczy, że przeszło $^1/_5$ część ludności tego państwa korzysta z pomocy kas chorych. — W ciągu 25 lat zgłoszono w kasach chorych 81,271.540 przypadków zachorowania z niezdolnością do pracy; zapłacono zasiłki za blizko $1^1/_2$ miliarda dni w kwocie okrągło 3 miliardów i 627 milionów marek. Koszta administracyi kas chorych wynosiły w ostatnim roku 5·4% ogółu wydatków. Szkoda, że autor nie podaje, ile wynosiły płace lekarzy. Przyp. sprawozd.). Od nieszczęśliwego wypadku było w roku 1909 ubezpieczonych okrągło 27 milionów osób, zajętych w rozmaitych przedsiębiorstwach, a wypłacone w tym roku odszkodowania wynosiły 155 milionów marek. Oprócz tego podaje autor liczne cyfry, ilustrujące ubezpieczenie na wypadek stałej niezdolności do pracy (Invalidenversicherung). Dr Weinsberg.

Sorger: **W sprawie statystyki zboczeń refrakcyi, zwłaszcza krótkowzroczności w szkołach średnich.** (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1911 Nr 5). S. badał wychowanków seminaryum w Wienerstadt i znalazł u 502 krótkowzroczność, która jednak ze względu na wzorowe stosunki higieniczne w internacie tylko nieznacznie u kilku uczniów się pogorszyła. Celem zaradzenia złemu powinien lekarz szkolny dobrać czy też polecić dobrać odpowiednie szkła (oznaczenie szkła z pomocą wziernika), dbać o dobre oświetlenie klas, odpowiednie trzymanie się uczniów przy czytaniu i pisaniu. Dalej w każdej godzinie nauki powinna być przerwa 5—10-minutowa, przyczem uczniowie powinni mieć sposobność patrzenia w dal (podworzec, ogród). Rozkład godzin ma uwzględniać wypoczynek dla oka. Uczniowie powinni trzymać książki i zeszyty na 30 do 35 cm. od oka. Wielką rolę odgrywa też odpowiedni papier, druk i atrament. Klęsk.

Sejmowe sprawy sanitarne.

Szpitalnictwo galicyjskie w ostatniem pięcioleciu.

(Dokończenie).

Mniej dobrze przedstawiają się urządzenia mechaniczne, ogrzewanie, oświetlenie i t. d., chociaż im w ostatniem pięcioleciu poświęcono uwagi znacznie więcej, niż dawniej. Jeszcze w r. 1910 nie było urządzeń wodociągowych w kilku szpitalach, nie mówiąc już o najgorszych, jak Bochnia, Brody i t. p., ale nawet w stosunkowo nie starych, jak Rzeszów, gdzie dowożono wodę tylko beczkami, lub Żywiec. Wśród cierpiących na niedostatek wody są szpitale prowincyonalne, należące do największych, jak Drohobycz i Stanisławów. W ilu szpitalach nie ma wody ciepłej doprowadzonej do sali operacyjnej i t. d., nie zdołałem dojść, ale wśród nich były w r. 1911 niektóre nawet najnowsze szpitale (Kosów). Zresztą instalacye tego rodzaju, zwłaszcza kąpielowe, były w wielu szpitalach widocznie odrazu licho lub wadliwie wykonane, bo w sprawozdaniach inspektoratu spotyka się mnogie wzmianki, że już się popsuły kotły lub piecyki do grzania wody, że w łazienkach były w czasie inspekcyi liche wanny blaszane, albo że lepsze wanny dopiero się sprawia. Najgorsze szpitale nie mają nawet wcale łazienek (Bochnia, Podhajce, z większych Stanisławów, z lepszych Tarnopol, Żywiec), albo za mało (w Brodach jedyna łazienka z zupełnie zniszczonemi wannami na 70 łóżek etatowych), a o złych lub zniszczonych łazienkach wspomina inspektor w r. 1911 jeszcze w 10 innych szpitalach. Toteż bądź dla niedostatku wody, bądź z powodu złych łazienek wydawano kąpiele dla chorych zbyt skąpo w r. 1911 jeszcze w 13 czy 14 szpitalach. Jeszcze trudniejsze zadanie przedstawia doprowadzenie do należytego stanu wychodków, które w najgorszych szpitalach (ale i w Rzeszowie) prymitywne, nie spłukiwane wodą, zapowietrzają cały budynek, a w kilkunastu szpitalach, zaopatrzonych już należycie, wskutek niekulturalności chorych szybko się niszczą i psują (nawet w najlepszych szpitalach, jak Biała i Przemyśl). Jakie są gdzie urządzenia kanalizacyjne, dowiemy się zapewne dokładnie z zapowiedzianej publikacyi o szpitalach; ze sprawozdań inspektoratu nie można oznaczyć, jaki był w ostatnich latach postęp w tym zakresie.

Nowoczesne ogrzewanie centralne istnieje tylko w najnowszych większych szpitalach; nie mają go przecież w znacznej części nawet duże szpitale stołeczne, nic więc dziwnego, że mało gdzie jest ono na prowincyi. Ale i zwykłe ogrzewanie piecami było jeszcze w r. 1911 tu i owdzie niedostateczne, nawet w szpitalach nowych lub zrekonstruowanych (korytarze źle ogrzane w Nowym Sączu i Sanoku, gdzie nawet woda na korytarzach zimą zamarza, zupełnie nieogrzane wychodki i łazienki w Złoczowie, gdzie i w salach chorych było w zimie + 8° C). Oświetlenie elektryczne mają również tylko niektóre z tych szpitali, gdzie ma je i miasto; w tym względzie ostatnie lata przyniosły postęp, największy w szpitalach stołecznych, nie tak dawno jeszcze oświetlanych tylko naftą, którą posługiwać się musi znaczna większość szpitali prowincyonalnych. Wentylacyę z popędem elektrycznym nie wiem, czy ma który szpital oprócz Białej. Do pralni i kuchni wprowadzane są stopniowo odpowiednie urządzenia (wirówki, płuczki i t. p.), których dziś, sądząc ze sprawozdań inspektora, chyba prawie nigdzie już nie braknie; najgorzej są pod tym względem wyposażone jak się zdaje właśnie szpitale największe (Lwów, Kraków), gdzie zrujnowane z powodu długiej już służby urządzenia mechaniczne pralni niszczą bieliznę, a urządzenia kuchenne są za małe w stosunku do liczby chorych (w Krakowie gotuje się różne potrawy kolejno w tych samych kotłach; wniosek o rekonstrukcyę przedłożony Sejmowi nie doszedł pod obrady).

Do odkażania sal sprawiono w ostatnich latach przyrządy formalinowe dla wszystkich szpitali, a widać usilną dążność do zaopatrzenia wszystkich w dobre dezynfektory parowe. W r. 1911 nie było ich jednak jeszcze w 9 szpitalach, nawet tak nowych i dużych, jak Przemyśl, Tarnów, Jarosław, Brzeżany, w jednym był tylko wspólny z miastem, a w 4 był wprawdzie dezynfektor, ale zupełnie zniszczony i prawie lub wcale nieużyteczny (m. i. w Stanisławowie). Gdzieniegdzie (3 szpitale) nie było pieca do spalania śmieci i opatrunków, ale ten brak zapewne już został usunięty.

4) Ogrody szpitalne, mające niemałe znaczenie ze względu na chorych mogących chodzić i spędzać w nich na świeżem powietrzu dni ciepłe i pogodne, musiały się w ostatnich latach znacznie poprawić, odkąd inspektorat i na nie zwraca uwagę, czego ślad widnieje w jego sprawozdaniach. W ostatniem np. spotykamy wzmiankę o dobrze urządzonych lub urządzających się ogrodach w 6 szpitalach, o zaniedbaniu lub braku ogrodów dla chorych w 5 szpitalach. Natomiast brak dokładniejszych wiadomości o tem, jak postępuje sprawa leżalni, poruszona przez ankietę przeciwgruźliczą, gorąco popierana w r. b. przez Sejmową Komisyę sanitarną i akceptowana przez Wydział krajowy; w ostatniem np. sprawozdaniu wspomina inspektorat o werandach tylko w Białej i Kołomyi i o pięknej, ale na razie nieużytecznej leżalni w Złoczowie.

5) Urządzenie wewnętrzne również poprawiło się w ostatniem pięcioleciu, a choć do zadowalniającego stanu jeszcze dość daleko, jednakże znać ogromną różnicę w porównaniu z tem, co zastał we wszystkich niemal szpitalach Dr Łuszczkiewicz, budząc swym pierwszym, zupełnie przedmiotowym opisem przed 5 laty istotną sensacyę. Zabrano się wtedy energicznie do sanacyi; jednym z bardzo praktycznych kroków było ustalenie przez Wydział krajowy odpowiednich modeli sprzętów szpitalnych i nacisk na to, aby szpitale według nich swe umeblowanie kompletowały, zaopatrując się zarazem stopniowo w niklowe naczynia kuchenne i stołowe, w odpowiedni zapas pościeli i w bieliznę przynajmniej w granicach przepisanej normy (niezbyt zresztą obfitej, bo nakazującej zapasy bielizny najwyżej na 4 zmiany na etatową liczbę łóżek, co oczywiście nie może wystarczyć przy stałem przepełnieniu szpitali chorymi). W r. 1911 pozostawało już tylko 5 takich szpitali, gdzie sprzęty (łóżka, stoliki, stołki) były bardzo złe, stare, zupełnie zniszczone lub gdzie ich bardzo dużo brakło, 7 takich, gdzie inwentarz sprzętów wymaga znaczniejszych uzupełnień [19]), 3 z drobniejszymi brakami, a w 4 było uzupełnienie właśnie prawie ukończone; w reszcie szpitali był zapewne stan już znośny lub zadawalniający. Gdzieniegdzie przy uzupełnieniach popełniano błędy, nabywając ze złych źródeł przedmioty gorszej jakości; inspektor polecił takich dostaw nie przyjąć. Naczynie kuchenne i stołowe zamienia się stopniowo wszędzie na niklowe; wyjątkowo zdarzyło się, że zakupionych już naczyń niklowych nie używano (Sokal), co przypomina znamienny fakt z przed lat pięciu, gdy w pewnym dużym szpitalu nie mieli chorzy sztućców stołowych, choć ich ilość dostateczna była w szpitalu... pod kluczem. Mniej dobrze, niż co do sprzętów, stoi na razie sprawa pościeli i bielizny; w r. 1911 były takie wśród nowych szpitali, gdzie np. na 50 łóżek etatowych było tylko 20 poduszek z pierzem (Turka), albo na 30 łóżek wszystkiego 10 (Tarnobrzeg). Braki w bieliźnie, i to nawet bardzo dotkliwe, wymienia sprawozdanie inspektora w r. 1911 jeszcze w 11 szpitalach, wśród nich w jednym stołecznym.

Nie znajdujemy w ostatnich sprawozdaniach żadnych wiadomości, któreby pozwalały osądzić, czy jest jakiś postęp w stworzeniu pewnego, choćby skromnego komfortu dla chorych inteligentniejszych, jakiegoś mniej surowego otoczenia dla wszystkich chorych. Stanowisko, zajęte w tym względzie przez inspektora szpitali przed pięciu laty, a zgodne z nowoczesnymi prądami w pielęgnowaniu chorych, ze starannem uwzględnianiem czynnika psychicznego, zapowiadało zasadniczą, a korzystną zmianę naszego szpitalnictwa w tym względzie: czy ta zmiana i w jakim stopniu nastąpiła, nie wiadomo.

Zwraca natomiast uwagę troskliwość inspektoratu w ostatnich latach o należyte wyposażenie szpitali w narzędzia lekarskie, zwłaszcza chirurgiczne, i sprzęty do sal operacyjnych. W r. 1911 zwrócono na to uwagę prawie we wszystkich szpitalach; już tylko w 6 potrzebowało instrumentaryum uzupełnienia, w jednym nie było dobrego stołu operacyjnego, w dwu były braki co do sterylizatorów, w kilku drobniejsze, łatwe do uzupełnienia niedostatki w sprzętach; tem więcej od tego odbija jeden z większych szpitali, gdzie sala operacyjna, i to skądinąd dobra, wcale dotąd nie zaopatrzona w potrzebne sprzęty, służyła od roku na szwalnię!

O innych urządzeniach lekarskich znajdujemy w sprawozdaniach inspektoratu w ostatnich pięciu latach wiadomości niewiele, niekiedy zbyt niewiele. O urządzeniach mechanoterapeutycznych i t. d. nie ma ani słowa. Pracownie rentgenowskie (oprócz Lwowa i Krakowa, gdzie już są utworzone) uznaje inspektor w r. 1911 za potrzebne w Przemyślu i Stryju; ze szpitali prowincyonalnych posiada taką pracownię już szpital w Bia-

[19]) Przypuszczać należy, że poza ramy normy umeblowania, obowiązującej jeszcze w pierwszych latach XX w., a stanowczo zbyt skromnej. Norma ta przepisywała np. tylko po jednym stoliczku i jednym stołku na dwa łóżka, jedną lampkę, jeden ciepłomierz, jeden grzebień i jedną miednicę na całą salę chorych; na całą salę przepisany był też jeden szlafrok sukienny, jedna ciepła spodnica na salę kobiet, na 20 chorych jeden waterklozet, jedna strzykawka cynowa i t. d.

łej. Co do pracowni dyagnostycznych, to w r. 1911 w Stryju i Kołomyi nie było nawet jeszcze mikroskopu; jakie postępy czyni wyposażenie pracowni takich w innych szpitalach, gdzie je w ostatniem pięcioleciu utworzono, nie mogłem sprawdzić. O bibliotekach lekarskich w szpitalach nie znalazłem w sprawozdaniu ostatniem żadnej wzmianki.

Jakże się tymczasem, wśród poprawy budynków i urządzenia wewnętrznego, kształtowała w ostatnich pięciu latach działalność szpitali?

6) Warunki higieniczne, w jakich znajdowali się chorzy, zmieniły się — jeżeli pominiemy przeludnienie szpitali — niewątpliwie na lepsze. Wprawdzie jeszcze i w r. 1911 znalazł inspektor 5 szpitali utrzymanych brudno (dwa z nich nawet bardzo brudno), a w 2 innych niedostateczną czystość i porządek na oddziałach męskich, wprawdzie gdzieniegdzie spotyka się jeszcze wzmianki o pogiętem, zniszczonem i nie dość schludnem naczyniu stołowem i kuchennem, o nieporządkach w kuchni, o nie dość czystej i porządnej bieliźnie, — jednakże daleko liczniejsze są zapiski o poprawie tych stosunków, a o ogromnej większości szpitali podana wiadomość, że czystość i porządek są w nich wzorowe.

7) Nie dotrzymuje temu kroku sprawa żywienia chorych. Przed laty pięciu nie odpowiadało ono wymaganiom ani co do jakości, ani co do ilości. Jakość wprawdzie, według sprawozdań inspektora, poprawiła się w wielu szpitalach, jednakże tylko w trzech szpitalach (Jasło, Przemyśl, Stryj) znalazł inspektor w r. 1911 pożywienie »bardzo« smaczne, gdy powinno ono być »bardzo« smacznem przecież chyba we wszystkich szpitalach ze względu na to, że we wszystkich znajdują się liczni chorzy, u których trzeba podnosić niedostateczne łaknienie przez odpowiednie przyrządzenie potraw. Cóż się dzieje z takimi chorymi, jeżeli pożywienie jest tylko »dość« smaczne (w r. 1911 w czterech szpitalach), albo nawet »nie bardzo« smaczne (Bochnia, Stanisławów, szpital krakowski z powodu zbyt małej kuchni)? Poprawa w tym względzie zależy w pierwszym rzędzie niewątpliwie od fachowego kształcenia Sióstr zakonnych także i w sztuce kulinarnej, czego potrzebę już wielokrotnie podnosiliśmy. Potwierdzenie tego znajdujemy w sprawozdaniach inspektora szpitali, stwierdzających, że »bardzo smaczne« pożywienie tam, gdzie jest, jest zasługą siostry »kuchennej«. Nie bez wpływu jednak na tę stronę żywienia chorych są trudności w uzyskaniu surowych materyałów dostatecznej dobroci; dotyczy to przedewszystkiem mięsa, które, jak wiadomo, jest w mniejszych miastach prowincyonalnych w Galicyi przeważnie nader liche.

Daleko ważniejszą jednak jest niedostateczna ilość pożywienia. Przyczyna tego leży zarówno w nieodpowiedniej normie żywienia, — co już wielokrotnie podnosiliśmy i na co inspektor szpitali w ostatnich sprawozdaniach położył słusznie wielki nacisk, uzyskując ze strony Wydziału krajowego w r. b. zapowiedź reformy, — jakoteż w nieodpowiedniem nieraz stosowaniu tej, i tak już wadliwej normy. I tak na 13 szpitali, w których w r. 1911 według sprawozdania inspektora pożywienie było za skąpe, w trzech szpitalach (Bochnia, Brody, Przemyślany) współdziałała w tem »zbytnia oszczędność«; w kilku innych zdołano ją dopiero w ostatnich latach wykorzenić; w jednym ze szpitali jeszcze i w r. 1911 musiał inspektor wytknąć, że chorzy, znajdujący się na dyecie, wespół z innymi muszą pościć; w Bochni i Zaleszczykach Siostry zakonne zmieniały samowolnie potrawy, przepisane przez lekarzy; w Jarosławiu otrzymywali chorzy za całą wieczerzę — zupę kminkową (według normy żywienia sporządzaną z 20 gr. mąki, 35 gr. suchej bułki i 3 gr. kminku na porcyę); w Śniatynie ratowali się chorzy żywnością, której »całe toboły« przynosili im krewni do szpitala!

I bez tych usterek trudno zrozumieć, jakim sposobem mogłaby wystarczać żywność, której koszt dzienny na chorego po nieznacznym wzroście w latach 1906/7, ponownie się mimo szalenie rosnącej drożyzny w r. 1910/11 obniżył i której wartość kaloryczna według dzisiejszej normy stoi w pewnych warunkach poniżej wartości żywności w szpitalach warszawskich, uznanej za niedostateczną i wadliwą co do składu [20].

Według obowiązującej bowiem normy żywność chorego w naszych szpitalach w dniach powszednich składać się ma z następujących dań w ciągu dnia: po 50 ctl. kleiku lub zupy (śniadanie) oraz rosołu lub zupy (obiad), 50 ctl. zacierki lub 35 ctl. klusek albo kaszy, z kawałka mięsa gotowanego z 200 gr. surowego, 20 ctl. sosu, 60 ctl. leguminy lub jarzyny, 400 gr. chleba, 25 gr. omasty, 20 gr. soli, — na »całej« porcyi.

Obliczając [21]) wartość tej żywności na pierwszym lepszym przykładzie według ilości materyałów surowych, przepisanej w normie szpitalnej, otrzymamy:

	kaloryi	białka	tłuszczów	węglowodanów
kleik (z krup jaglanych)	178·05	5·55	1·8	33·7
rosół (zasypany krupami)	179·44	6·52	4·4	26·96
kluski (mąka i jaja)	658·28	25·68	2·5	131·4
mięso	185·6	36·0	4·0	—
sos	36·43	1·36	0·1	7·3
jarzyna (kapusta »kiszona« z mąką i grochem)	67·36	3·34	0·3	12·38
chleb (żytni)	891·6	24·44	1·7	189·2
omasta (masło)	194·7	0·17	20·8	0·14
żywność całodzienna	2390·46	103·16	35·6	401·08

Przykład powyższy nie należy do najgorszych, przy nieodpowiedniem bowiem zastosowaniu normy może się zdarzyć jeszcze mniejsza wartość żywności i skład mniej odpowiedni. Przy tym zaś już przykładzie wypada znaczny niedobór w porównaniu zarówno ze średnią żywnością szpitali warszawskich według obliczeń Rzętkowskiego [22]), jak i z pożywieniem naszych warstw ludowych, według obliczeń Peltyna [23]). Wiadomo zaś z badań Pełtyna i N. Cybulskiego, że lud nasz żywi się niedostatecznie, zwłaszcza co do ilości białka, w porównaniu z danemi, przyjętemi przez badaczy niemieckich. Zestawienie z powyższym przykładem jest następujące:

	kaloryi	białka	tłuszczu	węglowodanów
galicyjska norma szpitalna w powyższym przykładzie	2390	103	35	401
szpitale warszawskie (Rzętkowski)	3016	162	64	346
lud polski (Peltyn)	3420	98·7	48·8	627

Oprócz często niedostatecznego ilościowo, wypada według naszej normy żywienia szpitalnego pożywienie niezmiernie mało urozmaicone. Pominąwszy rosoły z kilku zasypkami, kleiki i zupy, daje norma do wyboru tylko 5 mięsiw (sztuka mięsa, pieczeń wołowa lub cielęca, kotlet, potrawka cielęca), z jarzyn kapustę, marchew i t. p., groch i ziemniaki, z legumin kluski, krupy, mamałygę i lemieszkę hreczaną; potraw »nadzwyczajnych«, pominąwszy napoje (kawa, herbata, mleko, wino, piwo, polewki winne i piwne, bulion) jest normą objętych cztery: jaja na miękko, kaszka lub ryż na mleku, gotowane śliwki suszone i kompot z owoców świeżych. Zdaje mi się, że w tych warunkach trudno myśleć o próbach racyonalnego leczenia dyetetycznego.

Przekraczałoby moje zadanie i kompetencyę szczegółowsze rozpatrzenie tej sprawy, która przy zamierzonej reformie zasługuje na dokładne zbadanie. Podobno na zlecenie Wydziału krajowego prowadzone były już w roku zeszłym w tym zakresie studya; ogłoszenie ich wyników, dając pole do dyskusyi, ułatwiłoby niewątpliwie oparcie nowej normy żywienia na ścisłej naukowej podstawie i zastosowanie jej umiejętne do nowoczesnych poglądów.

8) Pielęgnowanie chorych przez Siostry zakonne znajduje się obecnie w okresie przejściowym między niedawną przeszłością, kiedy dyrektorowie szpitali otrzymywali służbę zakonną, jako materyał zupełnie surowy, albo co gorsza, przesiąkły trudnemi do usunięcia tradycyjnemi jakiemiś pojęciami i z pod władzy lekarzy w znacznym stopniu wyjęty, — a tem, co może zdziałać systematyczne kształcenie personalu w fachowej, dobrze prowadzonej szkole. Pod tym względem było utworzenie szkoły dla SS. Miłosierdzia w szpitalu lwowskim równie przełomowym krokiem na drodze postępu, jak i zmiana kontraktu z tem i innemi zgromadzeniami zakonnemi, obecnie już we wszystkich szpitalach przeprowadzona. Już obecnie widać ze sprawozdań inspektoratu szpitalnego dodatni wpływ szkoły lwow-

[20]) Rzętkowski: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Warszawa 1909. (Pamiętnik Tow. lek. warsz. T. CV).

[21]) Według tablic, podanych przez W. Jaworskiego.

[22]) l. c. str. 35 odbitki.

[23]) Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1895. T. CXI.

skiej. Chyba tylko wyjątkowo (Biała, Lubaczów) spotyka się w nich wzmianki o pielęgnowaniu złem lub niedbałem w zakresie, zależącym od nadzoru ze strony Sióstr (chore nieczesane, ciepłota niezmierzona w Białej). Najtrudniej, jak się zdaje, idzie sprawa należytego pielęgnowania chorych zakaźnych; w tym względzie wytyka np. ostatnie sprawozdanie inspektora usterki aż w 6 szpitalach, gdzieniegdzie pochodzące z winy lekarzy (nienależyte oddzielenie chorych na różne choroby zakaźne), gdzieindziej znów zależne od fatalnych warunków starego, czekającego na rekonstrukcyę szpitala (Podhajce, gdzie 2 Siostry zakonne zginęły na dur plamisty). Skoro jednak w pielęgnowaniu chorych w tym zakresie najwięcej stosunkowo jest braków, to czy nie należałoby na ten dział nauki położyć w szkole lwowskiej szczególnego nacisku, a pewną część Sióstr niejako wyspecyalizować, wysyłając na czasową praktykę do tych szpitali, gdzie działalność Sióstr i służby może służyć za wzór dla całego kraju (Turka 1911)?

Jednakże oprócz wykształcenia fachowego, zamiłowania i poświęcenia ze strony Sióstr zakonnych, jest koniecznym warunkiem należytego pielęgnowania dostateczna liczba Sióstr, pracujących przy chorych. Ale, chociaż znać i w tym kierunku usiłowania poprawy (w r. 1911 żąda inspektorat zwiększenia liczby Sióstr w Kołomyi, Stryju, Tarnopolu, Żywcu), to jednak dotąd znajdują się szpitale nasze w położeniu bardzo nierównem, a w niektórych nie można się zgoła dopatrzeć owego unormowania liczby Sióstr według liczby chorych, o którem wspomina inspektor w r. 1911 przy sposobności inspekcyi w Tarnopolu. Tylko w 10 szpitalach przypadało w r. 1911 opiece jednej Siostry, zajętej pielęgnowaniem, mniej niż 20 chorych; w 9 szpitalach na jedną Siostrę, zajętą przy chorych, przypadało ich 20 do 30, w 7 prowincyonalnych i obu krajowych we Lwowie i w Krakowie — ponad 30, w 3 prowincyonalnych ponad 40 (w Przemyślanach na 44 etatowych łóżek była wogóle tylko j e d n a Siostra zajęta chorymi), w Kołomyi i w Kulparkowie na jedną Siostrę wypadałoby nawet przy etatowej liczbie chorych — 50, a przy rzeczywistym średnim stanie chorych w obu tych zakładach — nawet znacznie więcej (w Kulparkowie 1:75!). (O 10 szpitalach nie ma w ostatniem sprawozdaniu dokładniejszych danych, z którejby rzecz tę obliczyć można). Zresztą przy słusznem żądaniu, aby chorych zakaźnych pielęgnowała osobna Siostra, trudno sobie wyobrazić nawet mały szpital, któryby mógł obejść się przy chorych mniejszą liczbą, niż 3 Sióstr (po jednej w oddziałach: męskim, kobiecym i zakaźnym). Tymczasem, oprócz Przemyślan, gdzie jedna jedyna Siostra czuwa nad chorymi, było w r. 1911 jeszcze 5 innych szpitali, gdzie do czynności tej były tylko po 2 Siostry (Bochnia, Brody — 70 łóżek etatowych, Kosów, Skałat, Wadowice).

Znacznie jeszcze gorzej przedstawia się po dziś dzień pod tym i innymi względami:

9) O b s ł u g a c h o r y c h w ł a ś c i w a, to jest ilość i jakość służby niższej, świeckiej. W teoryi dostateczną ilość służby przy chorych (oddziałowej) miały w r. 1911 tylko oba szpitale krajowe w Krakowie i we Lwowie (1:7—8) i poniekąd w Kulparkowie (1:7); z 22 szpitali prowincyonalnych, o których w tym względzie są dokładne dane z r. 1911, tylko w 11 możnaby uznać za znośny stosunek 1:10 do 15, w 7 przypada już jedna osoba ze służby na 15 do 20 chorych, a w czterech stosunek jest zupełnie niewystarczający, gdyż na jednego dozorcę wypada przeszło 20, w Kołomyi, w szpitalu wielkim, przy 150 łóżkach etatowych, — nawet 30 chorych. Tak jednak jest w teoryi; w praktyce znacznie gorzej. Raz z powodu znacznego przepełnienia szpitali, i to często tych właśnie, gdzie służby i tak już jest zamało w stosunku nawet do etatowej liczby łóżek; powtóre z powodu wakansów, t. j. z powodu, że nawet na systemizowane miejsca brak kandydatów. Najgorzej w tym względzie jest w Kulparkowie, gdzie w r. 1911 do etatowej liczby służby oddziałowej brakowało 20, do rzeczywiście potrzebnej minimalnej liczby przeszło 40 osób. Ale i na prowincyi dzieje się podobnie; w przepełnionym szpitalu sokalskim i bardzo przepełnionym tarnobrzeskim brakowało w istniejącym etacie służby po 2 osoby, również były luki w tarnopolskim i kilku innych. Jak co do ilości, tak i co do jakości służby warunki naszych szpitali w ostatniem pięcioleciu nie były pocieszające; w obu szpitalach stołecznych i w Kulparkowie, jakoteż w kilku prowincyonalnych (Tarnopol, Kołomyja, Podhajce i t. d.), służba musi być licha i niewyćwiczona już dlatego, że się nader często zmienia (w Kulparkowie przy ogólnej liczbie 184 służby oddziałowej przyjęto w jednym roku 1910 — 166, a odeszło 153!), nie wytrzymując ciężkiej pracy przy lichej płacy. W takich warunkach oczywiście trudno mówić o fachowem wykształceniu służby, o prosperowaniu jakichś szkół i t. p.

Przyznać trzeba, że Wydział krajowy doniosłą tę sprawę traktuje bardzo uważnie, czego dowodem zarówno już w ostatnich latach przeprowadzone, jakoteż w tegorocznej sesyi Sejmowi przedłożone reformy, zmierzające do poprawy płac i zabezpieczenia na starość służby we wszystkich 3 zakładach krajowych (Lwów, Kraków, Kulparków). Ale równocześnie z tem załatwieniem sprawy w zakładach krajowych, wysuwać się już poczyna sprawa nowa, sprawa służby w szpitalach prowincyonalnych, co do której nie można wątpić, że sporadyczny dotychczas brak kandydatów lub częsta zmiana osób są tylko zwiastunami pogorszenia się tych stosunków w całem szpitalnictwie. Nie widać też, jak dotąd, starań o wyzyskanie doświadczenia, zrobionego wszędzie w Europie (i u nas także), że służba żeńska jest wogóle lepsza od męskiej.

10) W s ł u ż b i e l e k a r s k i e j przyniosło ostatnie pięciolecie niewątpliwy postęp.

Przedewszystkiem co do l i c z b y posad systemizowanych. Nie tak to dawne jeszcze czasy, gdy na 20 szpitali prowincyonalnych żaden nie miał więcej niż dwu lekarzy, a dwa czy trzy spoczywały na barkach jednego tylko dyrektora szpitala, który musiał być wszystkiem. Dzisiaj niema szpitala na prowincyi, w którymby obok dyrektora nie było stanowiska sekundaryusza, w siedmiu szpitalach jest po trzech lekarzy, w trzech po cztery, w jednym pięć stałych stanowisk lekarskich. Gdzieniegdzie pracują prócz tego bezpłatni wolontaryusze. Jednem słowem w całem szpitalnictwie prowincyonalnem przeprowadzono dziś jako zasadę, że żaden szpital nie może opierać się na jednym tylko lekarzu; bez tego niepodobnaby sobie wyobrazić prawidłowej działalności szpitala ze względu przedewszystkiem na zakres chirurgiczny, należący do najważniejszych zadań szpitala na prowincyi, ani też ze względu na konieczne zastępstwa w razie choroby czy (tak częstego na prowincyi) wyjazdu lekarza.

Ale teraz ciemna strona medalu. Już przed dziesięciu laty na ankiecie szpitalnej podniósł prof. Gluziński, że na jednego lekarza powinno przypadać w szpitalu około 25 do 30 chorych. Nawet jednak przyjmując za możebny stosunek 1:30—40, znajdujemy go w r. 1911 w teoryi tylko w połowie szpitali w kraju. Wielkie szpitale krajowe w Krakowie i we Lwowie są pod tym względem w położeniu nie najgorszem i nie możemy podzielić zdania inspektora szpitali, że liczba lekarzy we Lwowie (47) jest »niebywale mała«, bo przy etatowej liczbie łóżek (bez klinik) 863 stosunek jest nienajgorszy, a w każdym razie lepszy, niż w Krakowie (40:766). Ale w zakładzie kulparkowskim przypada 1 lekarz bezmała na 100 łóżek etatowych, w 7 szpitalach prowincyonalnych (Gorlice, Jarosław, Kosów, Podhajce, Przemyśl [nb. bez wolontaryuszy], Sanok, Żółkiew) jeden na 40 i więcej łóżek etatowych, w 10 szpitalach prowincyonalnych jeden lekarz zaledwo na 50 i więcej, aż do 60 (1:50: Jasło, Kołomyja, Nowy Sącz, Tarnopol, Złoczów; 1:52 Sokal; 1:55 Tarnów, Żywiec; 1:57 Husiatyn; 1:60 Sambor). Nietylko więc w Nowym Sączu i Tarnopolu, wymienionych w tym względzie w ostatniem sprawozdaniu inspektora, potrzeba zwiększyć liczbę posad lekarskich. Ale tak rzecz wygląda dopiero w teoryi, w stosunku do etatowej liczby łóżek, istniejącej na papierze; w rzeczywistości przy znacznem przepełnieniu wielu szpitali stosunek jest bez porównania gorszy. I na tem nie koniec. W powyższych obliczeniach stosunku przyjąłem za podstawę liczbę posad lekarskich, nie zaś liczbę rzeczywiście zajętych w szpitalach lekarzy. Tymczasem liczba wakansów była w r. 1911 wprost zastraszająca. W 3 szpitalach nie była obsadzona posada trzecia (Biała, Tarnów, Żółkiew), w jednym (Śniatyn) zdołano pozyskać sekundaryusza dopiero po dwuletniej przerwie, a w dziewięciu, więc w czwartej części szpitali prowincyonalnych (Bóbrka, Czortków, Jasło, Kałusz, Kosów, Krosno, Sanok, Sambor, Żywiec) brakło nawet wogóle sekundaryuszy; wprawdzie gdzieniegdzie posiłkowano się przygodnymi lekarzami pomocniczymi, ale w kilku szpitalach nawet i to się nie powiodło i w pięciu szpitalach cała praca spoczywała na jednym jedynym lekarzu. A wśród nich były szpitale, gdzie etat chorych wynosi nie mniej, niż 120 (Sambor).

W tem stronieniu lekarzy od służby w szpitalach leży dla szpitalnictwa poważne niebezpieczeństwo. Ocenił je też należycie Wydział krajowy i starał się zbadać przyczyny tego zjawiska, by zastosować środki zaradcze. Obie Izby lekarskie, zapytywane przez Wydział krajowy, wskazały na złe uposażenie materyalne lekarzy, jako na jedną z najważniejszych przyczyn. W tym też kierunku idą dotychczasowe usiłowania Wydziału krajowego, by zmniejszyć brak lekarzy w szpitalach; zadatkiem tych usiłowań

były tegoroczne wnioski do Sejmu, dotyczące płac lekarzy w szpitalu lwowskim i krakowskim. Ale, jak z powyższego wynika, jest brak lekarzy w szpitalach prowincyonalnych bodaj że jeszcze dotkliwszy i groźniejszy; w tym względzie akcya jest niemniej pilną, choć do niej bezpośrednio nie przynagla jeszcze stanowisko takie, jakie zajęli lekarze szpitali stołecznych. Nie można przytem pomijać i innych przyczyn, które obok lichego uposażenia odstraszają lekarzy od służby krajowej, a których tu nie przytaczam, jako znanych z odpowiedzi Izb lekarskich do Wydziału krajowego w tej sprawie.

Nie można się dziwić, że przy istniejącem przeciążeniu lekarzy szpitali prowincyonalnych, działalność ich nie wszędzie odpowiada wymaganiom. Nie chodzi tu tyle o formalne ramy tej działalności, o to np., czy historye chorób są dokładnie prowadzone (w roku 1911 pozostawiały one mniej lub więcej do życzenia lub nawet wcale nie były spisywane w 13 szpitalach prowincyonalnych), czy są należycie spełniane czynności kancelaryjne (które nawet na oddziałach powinienby pełnić urzędnik, a nie lekarz, jak jest dotąd), — ile o wykonanie istotnych zadań, to jest leczenia i ogólnego nadzorowania chorych. Ostatnie pięć lat przyniosły i tę zmianę, że dobór kierowników szpitali i lekarzy pomocniczych odbywa się o wiele staranniej i że w ich gronie znajduje się coraz więcej nietylko dobrych, ale prawdziwie wybitnych pracowników. Ale trudno wymagać od dyrektora szpitala na prowincyi, — który, chcąc się jakotako utrzymać z rodziną, nie może zaniedbywać praktyki prywatnej — aby, pracując sam jeden w szpitalu, odbywał np. wizyty szpitalne regularnie dwa razy dziennie. Toteż w pięciu takich szpitalach, gdzie stanowiska sekundaryuszy wakują, odbywa się wizyta z reguły tylko raz dziennie, rano, zresztą zaś lekarze odwiedzają szpital tylko w razie potrzeby. Natomiast nie można wytłumaczyć dwu innych szpitali, w których jest po dwu lekarzy, a mimo to chorych odwiedza się tylko rano, raz dziennie, i to w jednym z nich tylko na krótko, w drugim dopiero koło godz. 10. Taki zwyczaj, choćby to były i małe i najgorsze, zaniedbane, a więc do pracy niezachęcające szpitale, tem więcej uderza, że są naodwrót i takie szpitale, gdzie jedyny lekarz, przy wakującej posadzie sekundaryusza, odwiedza swych chorych przecież dwa razy dziennie (Jasło, Krosno, Żółkiew), a wiele takich, gdzie popołudniu odwiedza chorych dyrektor na równi z sekundaryuszem. Nie można również pochwalić, że w dwu innych szpitalach przy dostatecznym personalu lekarskim zdarzyło się w r. 1911 pozostawienie drobnych wprawdzie, ale zawsze ściśle lekarskich czynności (u chorych na oczy) w rękach Sióstr zakonnych.

Trudniejszem zagadnieniem jest, jak zaradzić temu, że nie we wszystkich szpitalach rozwija się działalność chirurgiczna w tym stopniu, jak można pragnąć i jak — zdawałoby się — odpowiadać to ma zadaniom leczenia szpitalnego. W r. 1911 w 8 szpitalach uprawiano przeważnie albo nawet wyłącznie tylko t. zw. »małą« chirurgię, w niektórych operowano wogóle niewiele. Oczywiście niepodobna żądać, aby każdy dyrektor szpitala był znakomitym operatorem, albo, by ważono się na większe zabiegi w kilku pozostałych jeszcze szpitalach starego typu, zaniedbanych i pozbawionych odpowiednich urządzeń. Niemniej jednak należy się liczyć z tem, że szpital nie może i nie powinien ograniczać swej działalności do tego, co każdy lekarz w praktyce prywatnej, nie rozporządzając środkami pomocniczymi, jakie daje nawet i najgorszy szpital, z łatwością wykonywa. Do zadań szpitala należy niewątpliwie uzupełniać w tym względzie działalność lekarzy praktycznych. Dyrektor szpitala może nie posiadać zamiłowania lub specyalnego wykształcenia chirurgicznego, a być na swem stanowisku bardzo dzielnym i pożytecznym; ale w takim razie powinien mieć u boku koniecznie drugiego lekarza, któryby w tym względzie pracował dopełniająco. W jednym ze szpitali istotnie było tak w r. 1911, i to dzięki temu, że sekundaryusz, otrzymawszy zasiłek Wydziału kraj. na studya dodatkowe, wyrobił się poniekąd na specyalistę. Ale nie można się łudzić, aby specyaliści chcieli i mogli stale pozostawać w takich szpitalach na stanowisku sekundaryuszy i zdaje mi się, że chcąc ich przy szpitalach na prowincyi zatrzymać, trzebaby w podobnych przypadkach tworzyć lepiej płatne posady, prymaryaty.

To zagadnienie łączy się z innem: z zagadnieniem podziału pracy lekarskiej w szpitalach prowincyonalnych według rodzaju chorób. W mniejszych szpitalach, od 30 do 80 łóżek, nie wchodzi to w rachubę. Natomiast w szpitalach większych, ponad 100 łóżek, gdzie jest (a przynajmniej powinno być) najmniej 3 lekarzy, nasuwa się często potrzeba, a nieraz konieczność podziału, tworzenia osobnych już oddziałów chirurgicznych, wewnętrznych i t. d. Łączący się z tem podział pracy między lekarzy pozwala przy ekonomiczniejszem wyzyskaniu czasu poświęcić go więcej każdemu z chorych, a zarazem łączy się z wielką korzyścią wyrabiania się lekarzy młodszych przez czynność choć w części samodzielną. Niejednokrotnie przytem, pociągnięty swą szpitalną »specyalnością«, nabierze kierownik takiego oddzialiku podniety do pogłębienia i rozszerzenia swoich studyów. Zresztą ten podział pracy już się siłą faktu w niektórych szpitalach prowincyonalnych w mniejszym lub większym stopniu rozwija (Drohobycz przy 120 łóżkach etatowych, Jarosław przy 128, Przemyśl przy 200, Stanisławów przy 120, Tarnów przy 164, Złoczów nawet przy 100).

Wyrabia się więc w ten sposób zwolna w naszem szpitalnictwie nowy typ szpitala, pośredni między wielkim szpitalem stołecznym z daleko posuniętą specyalizacyą a zwykłym szpitalikiem małomiejskim. Szpitalom tego pośredniego typu otwierają się szersze zadania i od nich też więcej można wymagać; z drugiej jednak strony należy im zapewnić warunki rozwoju w tym nowym zakresie, przez wzbogacenie ich urządzeń, przez zapewnienie wytrawniejszych sił lekarskich, specyalnie wykształconych (tworzenie prymaryatów). Trzebaby też może na zasadzie tego, co już w kilku szpitalach niejako samo przez się nastąpiło, pomyśleć o stopniowem przekształceniu na tę modłę i innych, równie wielkich, a dotąd mniej więcej według starego szablonu zorganizowanych szpitali (Husiatyn 114 łóżek, Biała 104, Kołomyja 150, Rzeszów 116, Sambor 120, Sokal 104, Żółkiew 120, Żywiec 110). W największych z tych szpitali powinienby też być już i stały nadzór lekarski, niezbędny przy tak znacznej liczbie chorych. Pod tym względem zrobiono w ostatniem pięcioleciu dobry początek, mianowicie w kilku szpitalach mieszkają sekundaryusze, w innych są przynajmniej w obrębie szpitala mieszkania dla takich lekarzy domowych. Tu muszą jednak iść na czele przedewszystkiem szpitale stołeczne, pozostawiające niestety pod tym względem wiele jeszcze do życzenia; w krakowskim np. szpitalu mieszkało w r. 1911 zaledwo 3 sekundaryuszy.

Niemniej ważne, jak piecza o wyrobienie takiego pośredniego typu szpitali na prowincyi, jest wzbogacenie szpitali stołecznych nowymi oddziałami, stosownie do postępu nauk lekarskich, co jako doniosły postulat podniósł słusznie w r. b. sprawozdawca sejmowej Komisyi sanitarnej, poseł prof. dr. Mars. W tym względzie od szeregu lat postęp jest znikająco mały, bo właściwie redukuje się on do utworzenia pracowni rentgenowskich z osobnymi kierownikami we Lwowie i w Krakowie. Tymczasem samorodnie, bez przyczynienia się naczelnego zarządu szpitali, znajdują już nowe kierunki w szpitalnictwie swój wyraz (praca dr. Leńki i Spalkego we Lwowie, do niedawna dr. Lenartowicza w Przemyślu, jako bezpłatnych wolontaryuszy); należałoby tę samorzutną inicyatywę nietylko otoczyć troskliwą opieką i poprzeć wydatną pomocą, ale też starać się wytworzyć warsztaty i wyrobić pracowników dla takich nowych działów, które dotąd do szpitali naszych jeszcze się nie dostały. Łączy się to zresztą ze sprawą wyrabiania młodszych pracowników przez tworzenie dla nich samodzielnych stanowisk, ze sprawą zmniejszenia oddziałów, a mnożenia ich liczby, o czem już przed laty pięciu obszerniej pisałem. Co zaś najważniejsze, przewidująca i konsekwentna akcya w tym kierunku, zarówno jak i w kierunku wykształcenia typu większych szpitali prowincyonalnych, miałaby wielkie znaczenie dla podniesienia poziomu naszego szpitalnictwa wogóle i zwiększenia jego sprawności.

Nie może ulegać żadnej wątpliwości, że im szerzej otworzy się wrota naszych szpitali nowym kierunkom i działom, im więcej się stworzy w nich warsztatów samodzielnej pracy, im dogodniejsze dla niej da się warunki, tem bardziej podniesie się ich poziom lekarski, tem łatwiej w nich będzie o samodzielny postęp medycyny. A do tego nakazują zmierzać choćby proste względy utylitarne. Wszak i w szpitalnictwie nie wystarcza iść, choćby szybko i wytrwale, ale tylko w ślad za postępem zdobyczy obcych, nie wystarcza tylko przerabiać to, co gdzieindziej opracowano i wypróbowano, stosować w praktyce tylko rzeczy importowane ze stemplem zagranicznej nauki i doświadczenia praktycznego. W ten sposób osiągałoby się, ze spóźnieniem, tylko to, co gdzieindziej robi się już tymczasem lepiej, szybciej i... taniej. Jeżeli się na szpitalnictwo patrzy nietylko pod kątem filantropii, ale — co zdaje się u nas nareszcie torować sobie drogę — także z punktu widzenia racyonalnej gospodarki społecznej, jeżeli grosz publiczny tu włożony ma być rzeczywiście inwestycyą, a praca szpitali ma odbywać się naprawdę ekonomicznie, to szpitalnictwo nasze musi między innemi i w zakresie ściśle lekarskim szukać nowych dróg i znajdować je samoistnie, musi w zakresie nauki i wykonawstwa lekarskiego czerpać także samo z siebie, rozwijać działalność nietylko naśladowczą, ale tak-

że naprawdę twórczą, jak to czyni szpitalnictwo w całej zachodniej Europie. Nietylko śladem jego, ale w równym z niem szeregu, albo choćby nieraz i przed niem, iść musi szpitalnictwo nasze. Do tego jednak potrzeba, oglądając się na dalszą przyszłość, dać mu w rękę wszystkie środki, na jakie kraj zdobyć się może w tym zakresie, choćby to przyszło z pewnym wysiłkiem.

Nie wątpię, że ten samodzielny postęp, rzeczywista twórczość lekarska, w niejednym z naszych oddziałów szpitalnych już jest i wydaje owoce. Nie wydaje ich jednak tak obficie, ani w tej formie, jakby należało. W tym zakresie niezbędnym warunkiem należytego wyzyskania nowych nabytków jest praca zbiorowa na szerszą skalę, a jedynym jej sposobem — publiczne dzielenie się z ogółem lekarskim zebranemi doświadczeniami i nowymi pomysłami. Tymczasem pod tym względem nie można obecnego stanu żadną miarą nazwać zadowalniającym. Wprawdzie zarzutu tego nie można wyczytać ze sprawozdań o szpitalach, przedkładanych Sejmowi. Od czasu, gdy ze sprawozdań tych znikły wszelkie dane lekarsko-statystyczne (i przyczynki naukowe), przedstawiane dawniej przez same szpitale, a nie przywrócone, chociaż potrzebę ich uznała i ankieta szpitalna w r. 1902 i późniejsze rezolucye sejmowe, — od tego czasu o tej stronie naszego szpitalnictwa ze sprawozdań tych nic się już nie wie. Sprawozdania nietylko nie podają systematycznie, jakby być powinno, wiadomości, kto i gdzie z lekarzy szpitalnych ogłaszał jakie prace naukowe lub występował z wykładem albo przynajmniej demonstracyą w towarzystwach naukowo-lekarskich, ale nawet (z niezrozumiałych dla mnie powodów) prócz rzadkich wyjątków zupełnie przemilczają nazwiska dyrektorów i lekarzy pomocniczych za wzorem sprawozdań z tych jeszcze czasów, gdy zbyteczne było wymienianie nielicznego, wszystkim znanego personalu nielicznych ówczesnych szpitali. Nie podają sprawozdania składu personalu lekarskiego nawet tam, gdzie mu za jego działalność oddają gorące pochwały; a jednak przy każdym prawie szpitalu czytamy nazwiska każdego z członków komitetu szpitalnego, nie-lekarzy, bez względu na to, czy i jakie zasługi ma on dla stanu i rozwoju szpitala...

Gdzieindziej więc, nie w sprawozdaniach o szpitalach, szukając odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu objawia się samodzielny postęp naszego szpitalnictwa na polu naukowo-lekarskiem, trafiamy na następujące liczby:

Wśród 5659 artykułów, ogłoszonych w ciągu ostatniego dziesięciolecia (1901—1910) w polskich pismach lekarskich, przypada na autorów-lekarzy

z Warszawy	44·50%
z prowincyi Królestwa Polskiego	12·83%
z Krakowa i ze Lwowa	30·62%
z prowincyi galicyjskiej	2·28%
z Wielkopolski	4·04%
z zagranicy	5·73% [24])

Pomijając więc nasze szpitale stołeczne, składające (zwłaszcza lwowski) coraz więcej dowodów żywotności na tem polu, jest dorobek naukowo-piśmienniczy szpitalnictwa galicyjskiego niezmiernie ubogi. Licząc nawet wszystkie prace, wychodzące u nas z prowincyi, na rachunek naszych szpitali (a tak w rzeczywistości nie jest), widzimy, że stanowią one ledwo pięćdziesiątą część polskiej twórczości naukowo-lekarskiej. Zapewne, że dużo tłómaczyć można złem do niedawna pomieszczeniem i urządzeniem galicyjskich szpitali prowincyonalnych, istniejącem jeszcze przeciążeniem lekarzy pracą w wielu z nich, a we wszystkich nizką płacą, która zmusza lekarzy oglądać się na pochłaniającą ich czas praktykę prywatną. Zapewne, że i tych warsztatów do pracy naukowo-lekarskiej nie jest do dziś w Galicyi zbyt wiele. Ale to nie tłómaczy wszystkiego. Wszak w Wielkopolsce lekarze polscy zupełnie zostali dziś wyrugowani ze szpitali, nie mają więc wcale żadnych warsztatów publicznych, a jednak ich twórczość dwukrotnie przewyższa twórczość lekarzy prowincyonalnych galicyjskich; a skoro w całych Niemczech jest lekarzy-Polaków trzykroć mniej, niż lekarzy w Galicyi poza Lwowem i Krakowem, przeto w Poznańskiem jest działalność na tem polu stosunkowo przynajmniej sześćkroć żywsza, niż u nas, chociaż się tak chętnie u nas powtarza komunał o upadku ruchu intelektualnego w tamtym zaborze. Wszak lekarze szpitalni w Królestwie nie mniej od naszych czerpią swe utrzymanie z praktyki prywatnej, bo ich płace szpitalne są, jak wiadomo, śmiesznie nizkie i w dochodach ich nie grają żadnej zgoła roli. Wszak w Królestwie jest na prowincyi około 2500 [25]) łóżek szpitalnych, gdy u nas jest ich na prowincyi już 3259 [26]), mamy więc w porównaniu z Królestwem materyał obfitszy o czwartą część, mamy dziś z pewnością i więcej i lepszych warsztatów do pracy po rekonstrukcyi i modernizacyi większości szpitali naszych i przy wyrabianiu się typu szpitali prowincyonalnych z kilku oddziałami, mamy wreszcie niewątpliwie większą dziś od Królestwa liczbę lekarzy szpitalnych na prowincyi; a jednak Królestwo przewyższa nas w działalności naukowo-piśmienniczej bezwzględnie aż sześciokrotnie.

Takiego zacofania szpitalnictwa galicyjskiego na tem polu niepodobna składać wyłącznie na karb zewnętrznych lokalnych warunków, w jakich dziś nasi szpitalni lekarze na prowincyi pracują; a choćbyśmy nawet nie oszczędzili zarzutu naczelnym krajowym władzom szpitalnym, że na tę stronę sprawy nie dość jeszcze zwróciły uwagi, że nie dość jeszcze dają podniety i pomocy, to i tak przecież pozostanie część jakaś przyczyn po stronie samychże lekarzy.

A tu nasuwa się pytanie, czy w całej tej sprawie oprócz podjęcia prób z proponowaną w ankiecie r. 1902 przygodną inspekcyą szpitali prowincyonalnych przez prymaryuszy szpitali stołecznych, jako delegatów Wydziału krajowego, czy oprócz tylokrotnie już podnoszonej konieczności przywrócenia sprawozdań, dających poza relacyą inspektora szpitalnego naukowo opracowane relacye samychże szpitali, a w nich pełniejszy obraz ich działalności, czy oprócz innych jeszcze starań o podniesienie poziomu szpitalnictwa, wychodzących »z góry«, — nie powinnaby »z dołu«, z łona setki lekarzy szpitalnych, pracujących na galicyjskiej prowincyi, wyjść samorzutna inicyatywa.

Uwagi, jakie nasuwa ostatnie pięciolecie szpitalnictwa galicyjskiego, streszczają się więc w następującem:

Postulat zwiększenia nakładu na szpitale ze strony kraju zaczął się w ostatniem pięcioleciu spełniać, gdyż na budynki i urządzenia szpitalne przeznaczono w tym czasie około 17 milionów koron, a roczny postęp wydatków na szpitalnictwo zwiększył się w budżecie krajowym w czwórnasób. Wypełnienie trzech zadań, mieszczących się w tym postulacie (pomnożenie liczby szpitali i łóżek szpitalnych w całym kraju, modernizacya obu szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie, doprowadzenie budynków i urządzeń szpitali prowincyonalnych do należytego stanu) nie było jednak równomierne. Najbardziej postąpiła akcya około polepszenia budynków i urządzeń istniejących szpitali prowincyonalnych i ta akcya zbliża się szybkim krokiem do ukończenia. Natomiast program modernizacyi obu szpitali krajowych, bardzo poważnie zresztą rozpoczętej, rozkłada się na okres czasu zbyt długi. Przybytek zaś nowych szpitali i właściwych łóżek szpitalnych był w ostatniem pięcioleciu zupełnie niedostateczny, odbywał się prawie bez udziału funduszów krajowych, zawiadywanych przez Sejm, i bez systematycznego planu.

Poza sprawą pomnożenia właściwych łóżek szpitalnych uczyniono ogromny krok naprzód w sprawie pomnożenia miejsc zakładowych dla umysłowo chorych (rozszerzenie zakładu w Kulparkowie, budowa zakładu w Kobierzynie); natomiast sprawa pomnożenia łóżek położniczych znajduje się w zupełnym zastoju.

W ustroju szpitalnictwa przyniosło ostatnie pięciolecie częścią poważne postępy, częścią wprost przełomowe zmiany (jak zmiana umowy z SS. Miłosierdzia i utworzenie dla nich szkoły pielęgnowania chorych). Liczba etatowych miejsc lekarskich zwiększa się statecznie, ale jednak nie dość równomiernie; byt lekarzy częścią poprawiono, częścią zaś ma być poprawiony, ale dotąd tylko w szpitalach stołecznych; dano lekarzom należytą władzę nad służbą niższą i wyższą, ale nie utworzono dotąd całkowitej pragmatyki służbowej. Przygotowano reorganizacyę służby i poprawę jej bytu, ale dotychczas tylko w obu szpitalach krajowych i w zakładach dla obłąkanych. Akcya w kierunku zwiększenia ilości służby była przeważnie tylko sporadyczna, a w kierunku poprawienia jakości ograniczyła się dotąd tylko do służby wyższej (zakonnej). Konieczność reorganizacyi ustroju szpitali prowincyonalnych co do personalu wyraża się coraz znaczniejszą liczbą wakansów.

Poza tem w zakresie ustroju szpitalnictwa uczyniono pierwszy krok do reorganizacyi głównego kierownictwa przez utworzenie stanowiska drugiego inspektora szpitali.

Pośredni typ szpitala między szpitalem stołecznym a ma-

[24]) Z. Prechner. »Przegląd lekarski« 1910. Nr. 22. str. 329.

[25]) Medycyna w Samorządzie. 1906.

[26]) Sprawozd. Dep. V. Wydziału kraj. za r. 1910.

łomiejskim począł się wyrabiać w ostatnich latach samorzutnie; w tym zakresie nie widać tu jeszcze planowej reformy, stąd i wykształcanie się tego typu jest nierównomierne. W szpitalach stołecznych z nowych działów wprowadzono rentgenologię; liczby oddziałów zresztą nie pomnożono.

Skutkiem wypełnienia niektórych postulatów z obu poprzednich grup (poprawa budynków i urządzeń, reformy ustroju szpitalnictwa) polepszyły się dla chorych warunki higieny, leczenia i pielęgnowania. Najmniej postąpiła dotąd sprawa żywienia chorych; po zwiększeniu wydatku na dzień i głowę (około 20%) przed czterema laty, nie było już dalszego postępu, a nawet pewne zmniejszenie wydatku. Do zmiany niedostatecznej i niewłaściwej normy żywienia zapowiedziane zostały w bieżącym roku przygotowania.

W zakresie działalności szpitali zwrócono w ostatniem pięcioleciu szczególniejszą uwagę na trzy ważne grupy chorych: zakaźnych, chirurgicznych i gruźliczych. Akcya co do chorób zakaźnych była wprawdzie tylko dalszym ciągiem usiłowań już dawniej rozpoczętych, ale szła w ostatniem pięcioleciu znacznie energiczniej. Zadania szpitali w zakresie chirurgicznym ułatwiano z jednej strony przez dobór odpowiedniego personalu lekarskiego, z drugiej przez tworzenie warunków do poważniejszej działalności operatorskiej. Piecza o wprowadzenie szpitalnego leczenia gruźlicy wyraziła się zwołaniem ankiety przeciwgruźliczej i tworzeniem odpowiednich urządzeń, dotąd jednak na zbyt małą skalę podjętem.

Dla podniesienia poziomu i sprawności szpitalnictwa prócz starań o pozyskanie dzielnych kierowników szpitali i oddziałów, wprowadzono zasiłki na studya naukowe zagranicą i zwrócono uwagę na pracownie szpitalne. Dotychczas jednak nie rozwinęła się samodzielna twórczość naukowa w naszem szpitalnictwie w mierze pożądanej.

Wypływałyby stąd następujące najpilniejsze potrzeby:

1) W sprawie liczby i rozmieszczenia łóżek szpitalnych w kraju: Szybkie utworzenie nowych 1000 łóżek na prowincyi dla doraźnego usunięcia obecnego nieznośnego przepełnienia szpitali, a potem systematyczna planowa akcya dla utworzenia dalszych conajmniej 2000 łóżek w okresie najwyżej 15-letnim. Porządek tej akcyi powinienby odpowiadać potrzebom terytoryalnym; naprzód więc należałoby uwzględnić te części kraju, które najgorzej są zaopatrzone w szpitale (połać północno-wschodnia, kąt między Wisłą a Sanem i t. d.) i te w nich powiaty lub gminy, gdzie już są zebrane pewne fundusze (Kamionka, Dynów i t. d.). Powiatom i gminom niezasobnym powinnyby przyjść w tem koniecznie z pomocą fundusze krajowe (osobny fundusz budowy szpitali), zwłaszcza przy zaradzaniu najpilniejszemu niedoborowi pierwszego tysiąca łóżek.

Pożądana byłaby akcya dla rozbudzenia i u nas prywatnej ofiarności na szpitale, wszędzie indziej znacznie rozwiniętej. Zadaniem tej ofiarności nie byłoby zastąpienie kraju w jego obowiązkach, ale działalność uzupełniająca.

Konieczna jest niezwłoczna budowa krajowego Domu porodowego w Krakowie; obecnie nie skrępowana już sprawą budowy kliniki rządowej, nie powinna być ta budowa dłużej odkładana. W przyszłości powinnyby powstać przytułki położnicze krajowe w środkowej części i wschodnim pasie Galicyi.

Dla zmniejszenia przepełnienia szpitali należałoby też energicznie podjąć starania, by te gminy i powiaty, które mają już na ten cel jakieś fundusze, tworzyły przytułki dla nieuleczalnych i ozdrowieńców.

2) W sprawie pomieszczenia i urządzenia szpitali: a) Skrócenie okresu, przeznaczonego na modernizacyę obu szpitali krajowych, zwłaszcza w Krakowie; b) zakończenie sprawy szpitala dla dzieci w Krakowie w sposób, uchylający załatwienie jej jednostronne; c) stworzenie w Krakowie zakładu zakaźnego na wzór lwowskiego; d) ukończenie modernizacyi istniejących szpitali prowincyonalnych co do budynków i urządzeń, a to przez rychłe przygotowanie przebudowy pozostałych (oprócz już objętych wnioskami Wydziału krajowego) czterech najgorszych szpitali (Brody, Jasło, Wadowice, Żółkiew), znaczniejsze adaptacye 3 innych (Rzeszów, Gorlice, Lubaczów), szybsze zaopatrzenie w odpowiednie sprzęty, bieliznę, dostateczną pościel tych szpitali, gdzie są w tym względzie braki.

3) W sprawie ustroju szpitalnictwa: a) Planowe kształtowanie większych szpitali prowincyonalnych na szpitale o typie pośrednim, z kilku oddziałami według rodzaju chorób; b) pomnożenie liczby oddziałów w szpitalach stołecznych przez tworzenie oddziałów równoległych i osobnych oddziałów dla nowych gałęzi medycyny; c) pomnożenie personalu lekarskiego i służby w stosunku, odpowiadającym liczbie łóżek, a to przedewszystkiem w niektórych szpitalach prowincyonalnych; d) reorganizacya i poprawa bytu personalu szpitali prowincyonalnych na wzór reform, projektowanych we Lwowie i Krakowie; e) mieszkania dla personalu; f) utworzenie posad administracyjnych dla czynności kancelaryjnych, obarczających obecnie niewłaściwie lekarzy.

4) W sprawie pieczy nad chorymi: a) Zmiana normy żywienia na podstawie ścisłych, umiejętnie przeprowadzonych studyów, których wynik powinienby być przed wprowadzeniem nowej normy publicznie celem wzbudzenia naukowej dyskusyi ogłoszony; b) tworzenie w większych szpitalach prowincyonalnych posad prymaryuszy-specyalistów, jako kierowników oddziałów; c) systematyczna akcya dla rozkrzewienia szpitalnego leczenia gruźlicy i dla odpowiedniego wykształcenia lekarzy w tym zakresie; d) ze względu na polepszenie jakości służby podjęcie prób kształcenia fachowego i wprowadzenia na szerszą skalę służby żeńskiej zamiast męskiej; e) usunięcie wakansów, w niektórych szpitalach zbyt często się powtarzających, przez specyalne środki (szczególne polepszenie płacy w takich szpitalach i t. p.); f) zwrócenie większej uwagi na wygodę chorych i stworzenie dla nich milszego otoczenia (estetyka urządzeń); g) tworzenie bibliotek dla chorych.

5) W sprawie podniesienia poziomu szpitalnictwa: a) Przywrócenie sprawozdań naukowych ze szpitali (stosownie do rezolucyi Sejmu z przed lat kilku); b) publikacya sprawozdań lekarzy ze studyów, odbytych z pomocą zasiłków z funduszów krajowych; c) większa piecza o samodzielny ruch naukowo-lekarski w szpitalach (ogłaszanie konkursów na prace naukowe, uwzględnianie kwalifikacyi naukowych przy obsadzaniu posad, ogłaszanie bibliografii lub przynajmniej liczby prac publikowanych corocznie i t. d.); d) tworzenie i uzupełnianie istniejących pracowni, zwłaszcza w większych szpitalach prowincyonalnych; e) uzupełnienie środków pomocniczych (przyrządów i t. p.); f) tworzenie bibliotek lekarskich w szpitalach.

Stanisław Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. III. 1912 posiedzenie, na którem po ukończeniu dyskusyi nad demonstracyą Dr Eisenberga (doc. Koźniewski i prelegent) odbył się zapowiedziany wykład Prof. E. Godlewskiego jun. W dyskusyi przemawiali Dr Eisenberg i prelegent.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu d. 9. III. 1912. we Lwowie następującemi sprawami: 1) Poradnik lekarski Dr Drzymalika. 2) Docentura higieny w seminaryum żeńskiem w Kołomyi. 3) Wydawanie kąpieli w Krynicy. 4) Grobowiec prywatny w Putiatyńcach. 5) Taksa szpitalna w Samborze.

— Dr August Kwaśnicki i Prof. Dr St. Ciechanowski wybrani zostali 8. III. b. r. członkami honorowymi »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Leon Wacław Olszewski, rodem z Płocka, Szymon Hoffman z Krakowa i Jan Kubisz z Gnojnika na Śląsku austr.

— Pogotowie Towarzystwa ratunkowego krakowskiego było w r. 1911 czynne w 6163 przypadkach. Dyżury w Pogotowiu pełnią od lipca r. z. lekarze przy pomocy słuchaczy medycyny. Reforma ta, oddawna już konieczna, wymagała w ciągu półrocza 6400 K wydatku. Dochody Towarzystwa wynosiły w r. z. 29.976 K, rozchody 25.036 K. Towarzystwo ma nadzieję wkrótce przystąpić do budowy własnego domu i stara się o uzyskanie bezpłatnie od gminy gruntu pod budowę w pobliżu strażnicy pożarnej (której zaprzęgi obsługują Pogotowie). — Prezesem Towarzystwa na r. 1912 wybrano ponownie Prof. Dr Wicherkiewicza, wiceprezesem Prof. Dr Brauna, do Wydziału weszli z lekarzy: Dr Bannet, Janiszewski, Zakrzewski.

— W zawodowej Szkole dozorczyń chorych w Krakowie, utrzymywanej przez PP. Ekonomki, odbył się w piątek dn. 8 III. 1912 egzamin wobec komisyi i Rady nadzorczej. Kandydatki okazały przytem wielką znajomość rzeczy, tak że jest nadzieja, iż wychowanice tej szkoły z czasem nietylko że nie ustąpią dozorczyniom niemieckim co do stopnia wykształcenia, ale je znacznie przewyższą. Obecnie kandydatki w liczbie 18 przejdą na roczną praktykę do szpitala św. Łazarza. K.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. III. do 9. III. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca —, ospy wietrznej 2, płonicy 6 † 2 (2 † —), odry 6, duru brzusznego 5 † 1 (1 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 1 † — (2 † 2), tężca — † — (1 † —).
Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w dniu 7. III. b. r. redaktor wydawnictw Towarzystwa p. J. Tur zawiadomił Wydział, że w roku czwartym istnienia Towarzystwa (1911) z Wydziału III ogłoszono w »Sprawozdaniach« 59 rozpraw naukowych, podczas gdy w latach poprzednich rozpraw przyrodniczych ogłaszano przeciętnie około 40 rocznie. Następnie m. i. przedstawiono prace: 1) p. J. Tur: O transformacyach tarczki zarodkowej u jaszczurki perlistej. 2) P. E. Flatau: Monografia o migrenie.

— W Towarzystwie higienicznem warszawskiem powstała »Delegacya samorządowa«, złożona z lekarzy, prawników i techników, mająca przygotować materyał dla przyszłego samorządu miejskiego w zakresie sanitarnym. Postanowiła ona w tym celu wydać bibliografię prac higienicznych z ostatnich 20 lat i dokładnie zbadać stan sanitarny miast w Królestwie. (Medyc. i Kron. lek. 9).

— »Towarzystwo higieny praktycznej« urządza w Warszawie szereg odczytów dla sfer robotniczych z zakresu higieny dzieci. Odczyty wygłosi 10 prelegentów-lekarzy.

— Z nadesłanego nam sprawozdania »Towarzystwa kursów naukowych« w Warszawie wynika, że w Sekcyi matematycznoprzyrodniczej kursów w r. 1910/11 wśród 12 prelegentów trzech wykładało przedmioty, pozostające w związku z medycyną, mianowicie J. Sosnowski biologię i fizyologię zwierząt, K. Stołyhwo antropologię, a J. Brunner mikrobiologię. Sekcya ta miała średnio 69 słuchaczów. W sekcyi humanistycznej zaś w dziale fizyologii i psychologii znalazły się wykłady M. Stefanowskiej: »Choroby układu nerwowego, narządy i zboczenia mowy« i »Z dziedziny psychologii i neurologii«. Wydatki Towarzystwa wynosiły 6.877 rb., przyczem uniknięto przewidywanego deficytu w kwocie 1.202 rb. dzięki ofiarności kilku instytucyi i osób.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 4. III. do 11. III. 1912 przypadków: ospy 3 † 2, płonicy — † —, duru plamistego 3 † 1, duru brzusznego 1 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na dorocznem posiedzeniu »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« w d. 24. II. (8. III) zostali wybrani na r. 1912 prezesem »Związku« prof. Dr Józef Ziemacki, skarbnikiem Dr Uliński, bibliotekarzem Dr Leon Jastrzębski. W Wydziale lekarskim wiceprezesem Dr Szymon Dzierzgowski, sekretarzem naukowym doc. Dr Sowiński, sekretarzem administracyjnym Dr Wilamowski. W Wydziale technicznym wiceprezesem pułk. inż. Rudnicki, zastępcą inż. górn. Kotarski, sekretarzami inż. techn. Korsak i inż. techn. Faberkiewicz. W Wydziale farmakologicznym wiceprezesem p. Chrzanowski, sekretarzem p. Boharewicz. Do komisyi rewizyjnej wybrani zostali: prof. Raczyński (prezes), Al. Karnicki, inż. Berkiewicz, leśn. Prawocheński, inż. Lelewel. Na członków honorowych »Związku« obrano: prof. Dra Ottona Czeczotta, prof. Dr Stanisława Ciechanowskiego i Dr Augusta Kwaśnickiego. Prócz tego prof. Czeczott i prof. Zaleski zostali mianowani członkami honorowymi Rady.

— Wszechsłowiański Zjazd społeczno-higieniczny w Petersburgu ma być, jak donoszą dzienniki rosyjskie, odłożony na rok. Czeskie »Narodni Listy« dają z tego powodu wyraz przekonaniu, że za rok będą zapewne lekarze polscy mogli w Zjeździe tym uczestniczyć. Wobec znanego nastroju większości społeczeństwa rosyjskiego trudno jednak podzielać tę nadzieję »Narodnich Listów«.

— Arcybiskup zadarski Posilović, przechodząc w stan spoczynku, ofiarował na cele publiczne chorwackie 1,646.500 kor., z czego 40.000 kor. na przyszły Wydział lekarski w Zagrzebiu.

— Podrożenie niektórych leków w Austryi da się odczuć tak chorym jak i lekarzom, albowiem zdrożały także środki, używane przez lekarzy, np. eter do uśpienia, karbol, apomorfina, chlorek etylu, makowiec, formalina, morfina, pastylki sublimatowe itp. X.

— Austryacki centralny Komitet dla zwalczania gruźlicy przedstawia obecnie w Wiedniu w kinematografie celem spopularyzowania zwalczanie gruźlicy, a więc sanatorya, leczenie tocznia, daty statystyczne, zmiany gruźlicze, portrety lekarzy zasłużonych w walce z gruźlicą i t. p. Filmy zostaną rozesłane do wszystkich większych miast Austryi po kolei. X.

— Lekarze szkolni w Berlinie zbadali dzieci 226.257. Z nowo wstępujących 6·9% nie nadawało się do szkoły. Zołzy stwierdzono w 1·7%, gruźlicę w 0·9% (nowo wstępujących), wady serca w 1·3%, choroby nerwowe i padaczkę w 1·3% (więcej u chłopców). Skrzywień kręgosłupa mają dziewczynki dwa razy więcej, niż chłopcy. X.

— Do pielęgnacyi zębów i jamy ustnej potrzeba nietylko skrupulatnego czyszczenia zębów, ale także żucia. Lemelland spostrzegał u pewnego chorego z przetoką żołądka, mimo wszelkich przezorności bolesne zapalenie dziąseł, ropnię i obluźnianie się zębów. Przypady te znikły, skoro chory zaczął żuć korzeń lukrecyi. X.

— Ciekawe badania nad mańkutami w szkołach berlińskich podaje Schaefer. Liczba mańkutów zmniejsza się stopniowo w coraz wyższych klasach, co odnieść należy do wykształcenia ręki prawej. Zwykle mniej lub więcej ręką lewą włada lepiej 4·06% (więcej chłopców niż dziewcząt). Schaefer jest przeciwny temu, by gwałtem zmuszać dziecko do pisania, rysowania i t. p. ręką prawą, owszem jest za tem, by zezwalać to robić ręką lewą, jeżeli to dziecku znacznie łatwiej przychodzi. X.

Zmarli: Dr Adam Mysłowski w 65 r. ż. w Kłodawie w Kaliskiem, Dr Alfred de Michelis w 55 r. ż. w Chełmie, bakteryolog prof. Negri w Pawii, higienista prof. Finkler w Bonn.

Redakcya otrzymała. Mikołajski: Udział lekarzy w pojedynkach (I. Referat na Walnem Zgromadzeniu Ligi dla obrony

czci. II. Ankieta międzynarodowa). Lwów 1912. — Popielski: 1) O zasadniczych zjawiskach w czynności wydzielniczej gruczołów trawiennych. Akad. Umiej. 1911. 2) Dalsze badania nad znaczeniem niekrzepliwości krwi dla czynności gruczołów trawiennych. Akad. Umiej. 1912. 3) Über die innere Sekretion der Nebenniere. Arch. f. ges. Physiol. 1911. 4) O rozpowszechnieniu wazodilatyny w świecie zwierzęcym. Księga pamiątk. Uniw. lwowsk. 1912. 5) Teorya hormonów i wyciągi z narządów. Tyg. lek. 1911. 6) O fizyologicznych i chemicznych własnościach wazodilatyny. Kosmos 1910. 7) Tytoń i jego wpływ na ustrój. Odb. »Rodzina i Szkoła« 1911. 8) O wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego itd. Gazeta lek. 1910. 9) Über die Blutdruckwirkung des Cholins. Zentralbl. f. Phys. 10) O własności moczu obniżania ciśnienia krwi. Gazeta lek. 1910. 11) Erscheinungen bei direkter Einführung von chemischen Körpern in die Blutbahn. Zentr. f. Phys. 12) Bemerkungen über die Bedeutung der temporären Isolierungsmethode bei Untersuchungen über die Verdauungsprocesse. Zeitschrift für physiolog. Chemie 1911.—Leńko: Wrażenia z podróży naukowej. Lwów 1911. Odb. Tygodn. lek. — Higier: 1) Zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowe starcze. Odb. Med. i Kron. lek. 1912. 2) Neuritis optica retrobulbaris senilis. Odb. Neurol. Centralbl. 1912. 3) Higiena szkolna na międzynar. Wystawie higienicznej w Dreznie. Odb. Zdrowie 1911.

Bibliografia.

Prof. Dr A. Schönwerth: **Chirurgisches Vademecum für den praktischen Arzt.** (Lehmann, Monachium 1912. Cena 4 marki).

Zwięzły a jasny poradnik dla lekarza, zwłaszcza w nagłych przypadkach, uwzględnia część ogólną (operacya, uśpienie, znieczulenie, opatrywanie ran, leczenie spraw ropnych, oparzeń itp.), i szczegółową podług podziału topograficznego. Autor podaje najprostsze sposoby leczenia, zakreśla granice działalności lekarza praktycznego, podając cenne wskazówki, jak sobie radzić nawet w najgorszych warunkach, co właśnie dla praktyka wielką odgrywa rolę. Klęsk.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. marca 1912 o godz. 6 wieczór w I. Zakładzie chemicznym U. J.** (przy plantacyach). Na porządku dziennym: Prof. Dr Karol Olszewski: O postępach w skraplaniu gazów.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w poniedziałek d. 18. marca 1912 o godz. 6 wieczorem** w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Śmiertelność dzieci w ostatniem dziesięciolecia w Jarosławiu, jej przyczyny i sposoby zmniejszenia, kol. Dr Rossberger. 3) Wnioski członków, względnie Wydziału.

Sekretarz: Dr W. Orłowski. Przewodniczący: Dr W. Czyżewicz.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar- 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

Rok LI. Kraków, dnia 23. marca 1912. Nr 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zasady, wskazania oraz doświadczenia własne na polu rentgenoterapii ginekologicznej

podał

Dr Zygmunt Steuermark (Kraków).

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

Olbrzymi rozmach rentgenologii oraz znaczenie, jakie ta młoda jeszcze nauka potrafiła zdobyć we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej, nie mogły pozostać bez wpływu i na ginekologię; to też lecznictwo ginekologiczne zyskało w tej nowej nauce potężną broń w wielu cierpieniach, na które dotychczas nóż chirurga jedynem był lekarstwem.

Punktem wyjścia dla rozwoju rentgenoterapii ginekologicznej było poznanie niszczącego działania promieni x na tkankę gruczołową, a w tym przypadku na tkankę jajników. Powodzenie, z jakiem nauczono się naświetlaniem usuwać olbrzymie guzy gruczołów dotkniętych białaczką, dało pohop do stosowania promieni x dla leczenia i innych chorób gruczołowych najrozmaitszego pochodzenia. I tak naświetlano z większem lub mniejszem powodzeniem gruczoły limfatyczne gruźliczo lub nowotworowo naciekłe, gruczoł tarczowy w chorobie Basedowa, gruczoł krokowy w przeroście sterczu, nadnercze w chorobie Addisona, przysadkę mózgową w akromegalii, najwspanialsze jednak wyniki osiągnięto przez naświetlanie jajników w rozmaitych schorzeniach ginekologicznych, a głównie we włókniakach macicy oraz w zaburzeniach okresu przekwitania.

Już dawno spostrzeżono, że lekarze, zajmujący się rentgenologią, również technicy i robotnicy w fabrykach przyrządów Röntgena, po pewnym czasie okazują oligo- i nekrospermię, a następnie zupełną azoospermię przy utrzymanej zresztą zdolności spółkowania, a zatem, że wyradza się niezdolność płodzenia przy zupełnie prawidłowej zdolności spółkowania. Fakt ten umiano nawet wyzyskać dla wywołania sztucznej niepłodności u mężczyzn, dotkniętych nieuleczalnemi chorobami, np. gruźlicą jąder (Philipp).

Dla poznania istoty zmian anatomicznych, wywołanych promieniami Röntgena w gruczołach rozrodczych, zaczęto prowadzić doświadczenia na zwierzętach, którym naświetlano jądra względnie jajniki jużto przez skórę zdrową nienaruszoną, już też wydobyte na zewnątrz z jamy brzusznej w ranie laparotomijnej; dla kontroli zasłaniano jeden jajnik lub jądro grubemi płytami ołowianemi, nieprzepuszczającemi promieni x, a drugi naświetlano bezpośrednio; w jakiś czas potem wycinano je i badano histologicznie.

Jądra, dłuższy czas naświetlane, okazywały pod mikroskopem obraz olbrzymich spustoszeń: wszystkie komórki jądra, biorące udział w tworzeniu nasienia, były zniszczone, natomiast komórki Sertolego, tkanka śródmiąższowa, naczynia i nerwy pozostawały bez zmian; wielu badaczy podaje, że naprzód giną komórki macierzyste plemników (spermatogonia), potem komórki plemnikotwórcze (spermatocyty), a wreszcie spermatydy; plemniki same ani co do kształtu, ani co do ruchliwości nie zmieniają się. Ciekawą rolę odgrywać mają zdaniem Simmondsa t. zw. »Zwischenzellen«, t. j. komórki usadowione w przestrzeniach śródmiąższowych; w zanikach jąder innego pochodzenia stale ilość ich się zwiększa; tak samo bujają one obficie w jądrach naświetlanych do czasu; gdy odrodzenie się zniszczonych swoistych komórek jąder nie nastąpi, wtedy i ich ilość się zmniejsza. Pod względem biologicznym przypisuje komórkom tym Simmonds bardzo ciekawą rolę w ustroju; dzięki wydzielinie wewnętrznej tych komórek osobnik po zniszczeniu komórek nasiennych zachowywać ma t. zw. wtórne cechy płciowe (Sekundäre Geschlechtscharaktere), n. p. u jelenia pomimo zaniku jąder, wywołanego promieniami x, pozostają rogi, które po zwykłem wytrzebieniu znikają (Tandler i Gross); tem też tłomaczy się utrzymanie popędu płciowego u rentgenologów. Niestety nie zawsze można na to liczyć, a smutne są spostrzeżenia Arninga, który u 2 lekarzy, którzy przez długie lata lekkomyślnie wystawiali się na niszczące działanie promieni x, stwierdził całkowity zanik jąder i zupełne wygaśnięcie popędu płciowego.

Badanie mikroskopowe naświetlanych jajników było również wielokrotnie przeprowadzane na zwierzętach i ludziach; obszerne studya histologiczne na większą skalę przeprowadził Reifferscheid na jajnikach naświetlanych, a następnie z rozmaitych powodów ginekologicznych wyciętych u 6 kobiet. Autor ten spostrzegał stale w zakresie pęcherzyków pierwotnych i pęcherzyków Graafa zmiany degeneracyjne nabłonków w rozmaitych okresach i postaciach, ponadto często obumarłe komórki jajowe, albo na ich miejsce szkliste grudki (hyaline Schollen), lub też komórka jajowa wolno pływała w pęcherzyku, otoczona kilkoma zwyrodniałemi komórkami nabłonkowemi; oprócz tych istotnych zmian w pęcherzykach były mniejsze lub większe

wybroczyny z naczyń włosowatych do istoty korowej jajnika lub pomiędzy komórkami podścieliska.

Zanim powyższe badania histologiczne ugruntowały teoretyczne podstawy leczniczego stosowania promieni x w ginekologii, już pierwsze praktyczne próby niemal równocześnie wykonał Deutsch w Monachium (1904 r.) i Foveau de Courmelle w Paryżu; pomimo to dopiero w 5 lat później na zjeździe niemieckich rentgenologów w Berlinie rzecz jasno została sformułowana przez Albersa Schönberga, który na podstawie większego materyału sprawę na właściwe pchnął tory.

Albers Schönberg ujął zasady i wskazania rentgenoterapii ginekologicznej w ośm następujących tez:

1) Jajniki ulegają pod wpływem promieni Röntgena zanikowi przeważnie w zakresie pęcherzyków Graafa, skutkiem tego następuje ustanie miesiączki (menopausis artificialis).

Te zaburzenia w czynności jajników osiągnąć można łatwiej, i to z trwałym skutkiem, u kobiet znajdujących się przed samym albo już w okresie przekwitania, trudniej natomiast u młodszych kobiet po 40 roku życia; w tych przypadkach potrzeba dla wywołania zaniku jajników o wiele dłuższego przeciągu czasu.

2) Wywołanie sztucznego okresu przekwitania wiedzie przedewszystkiem a) do zmniejszenia włókniaków, b) do usunięcia krwotoków wywołanych obecnością włókniaków, wreszcie c) do usunięcia krwotoków i zaburzeń przed- i poklimakterycznych.

Przyczyny zmniejszenia włókniaków i usunięcia krwawień szukać należy w pierwszej linii w jajnikach, jednakowoż prawdopodobne jest też działanie promieni na samą tkankę włókniaków.

3) Wielką rolę odgrywa położenie włókniaków, a mianowicie najlepiej nadają się do naświetlań włókniaki śródścienne, a także wielkie guzy przechodzące na więzadła; przeciwwskazanie stanowią włókniaki podśluzowe, a to z powodu obfitszych krwawień, jakie mogą nastąpić z początku tego leczenia.

4) Kobiety po długotrwałych i silnych krwotokach z t. zw. »cor myomatosum« lub też z wyraźnemi zmianami w mięśniu sercowym (myocarditis chronica) należy wyłączyć z leczenia, również z powodu możliwych krwotoków na początku naświetlań.

5) Istnieją przypadki, które na naświetlania nie oddziałują; te chore należy zawczasu uznać za nienadające się do leczenia tego, z tem zastrzeżeniem jednak, że stosowano właściwą technikę.

6) W przypadkach, w których nie udało się wywołać zupełnego ustania miesiączki, i tak można zmniejszyć krwotoki i zaburzenia miesiączkowe.

7) Włókniaki zmniejszają się, a nawet znikają całkowicie, jednakowoż potrzeba na to dłuższego czasu, niekiedy jednak nie zmniejszają się wcale; w jednym przypadku guz wielkości głowy dziecka zmniejszył się do wielkości jabłka po 68 minutach leczenia.

8) Właściwe pole działania dla rentgenoterapii tworzą bóle i krwotoki klimakteryczne u kobiet około 48. roku życia; wyleczenie następuje prędko i jest trwałe; upławy, o ile nie są przyrody zakaźnej, również znikają; ujemne działanie promieni przy zastosowaniu właściwej techniki jest zupełnie wyłączone.

W powyższych ośmiu zdaniach streszcza się mniej więcej wszystko, co w tej sprawie w ostatnich trzech latach osiągnięto; badania innych rentgenologów i ginekologów w nieznacznym już stopniu rozszerzyły granice powyższych zasad. Na wyróżnienie zasługują wyniki Kröniga i Gaussa, jako oparte na większym materyale kliniki ginekologicznej w Fryburgu. Autorzy ci przypisują rentgenoterapii wyższość nad zabiegiem operacyjnym. W przeciwieństwie do Albersa Schönberga polecają ją właśnie u kobiet ze zmianami w mięśniu sercowym, ponieważ te chore ze względu na niebezpieczeństwo narkozy do operacyi się nie nadają. W rzeczy samej wysoki odsetek śmiertelności przy leczeniu operacyjnem tych właśnie kobiet powinien odstraszyć ginekologów od zabiegu chirurgicznego. Wreszcie autorzy ci tak dalece zachwalają rentgenoterapię włókniaków, że tylko w tych przypadkach niema, ich zdaniem, korzystnego wyniku, gdzie zastosowano złą technikę naświetlań. Do wielkich zwolenników rentgenoterapii zaliczyć trzeba też Prochownika, Spaetha, Weichmanna, Manfreda Frenkla, Schindlera, Bardachziego i Schmidta.

Przechodzę obecnie do własnych doświadczeń na tem polu:

Z wyjątkiem jednej chorej (pacyentki prof. Dobrowolskiego), która zaraz po pierwszym cyklu przerwała leczenie, oraz jednej chorej, która pozostaje jeszcze w leczeniu, uzyskałem we wszystkich przypadkach zupełne wyleczenie.

Stan dwóch chorych był przed leczeniem wprost rozpaczliwy: pierwsza (pacyentka kol. Stankiewicza) od trzech lat przykuta była do łóżka, gdyż przerw w krwawieniach wogóle nie było wcale; były tylko okresy krwawień słabszych, a potem znowu silniejszych; to też wyniszczenie chorej było tak wielkie, że wejrzenie jej sprawiało wrażenie daleko posuniętego charłactwa nowotworowego; chora musiała być przywożona i wnoszona do mego zakładu; okazywała też wybitne objawy przewlekłych zmian w mięśniu sercowym; badanie ginekologiczne (Dr. Stankiewicz) wykazywało w chwili rozpoczęcia leczenia t. j. w styczniu 1910, macicę dochodzącą do pępka, nierówną, po prawej stronie wypukłość wielkości cytryny; cała macica z boku na bok mało przesuwalna; przy badaniu wewnętrznem część pochwowa grubości pięści, długa na 2 falangi; ujście silnie ku tyłowi podane, lekko nierówne; warga przednia 3 razy grubsza od tylnej; cała część pochwowa sprawia wrażenie, jak gdyby była naciekła nowotworem; przez sklepienie prawe wyczuwa się wypuklenie wielkości mandarynki, odpowiadające drugiemu włókniakowi, podsurowiczo położonemu.

U chorej tej zaraz po drugiem naświetlaniu krwawienia zupełnie ustały; poczucie sił tak się poprawiło, że chora w 2 tygodnie po rozpoczęciu leczenia pieszo mogła przyjść i wejść po schodach na drugie piętro do mego zakładu; stan ogólny z dnia na dzień niemal znakomicie się poprawiał, ustały wszelkie dolegliwości odrazu po pierwszym cyklu, t. j. po pierwszych 3 naświetlaniach; dla utrwalenia skutku chora z początkiem lutego poddała się drugiemu cyklowi, t. j. jeszcze trzem naświetlaniom. Dalsze leczenie nie było już potrzebne.

Ten znakomity stan chorej, która wróciła do dawnego

trybu życia, trwał do września tegoż roku; w miesiącu tym zupełnie niespodziewanie i nagle wystąpił podczas jakiegoś wysiłku fizycznego tak wielki krwotok, że chora straciła przytomność i dłuższy czas leżała prawie bez tętna; wezwany lekarz zmuszony był przystąpić do tamponady. Później wyszło na jaw, że chora przed tym ostatnim krwotokiem codziennie brała bardzo gorące kąpiele (powyżej 30° C) i siedziała w nich po godzinie, dolewając coraz gorętszej wody. Ostatni krwotok sprowadził stan podobny do tego, jaki był przed naświetlaniem. Wobec tego w październiku 1910 przystąpiłem znowu do naświetlań i jednym cyklem uzyskałem powtórnie zupełne wyleczenie, które obecnie trwa już 2 lata. Stan, który stwierdził kol. Stankiewicz z końcem czerwca 1911, pozwala chorą uważać za wyleczoną, a mianowicie: Trzon macicy obecnie wybadać można już na 2 palce ponad spojeniem łonowem (z początkiem leczenia dochodził do pępka) z małem zgrubieniem po stronie prawej (pierwszy włókniak zanikły); (dawniej był guz wielkości cytryny); wewnętrznie część pochwowa, znacznie węższa i krótsza, odpowiada grubością piąstce noworodka, (dawniej dużej pięści); twarda, gładka, ujście znacznie łatwiej dostępne; przez prawe sklepienie czuć zgrubienie na trzonie (nie wypuklenie), odpowiadające drugiemu włókniakowi.

Tak szybki zanik macicy nie może iść w parze z zanikiem fizyologicznym w okresie przekwitania i mógł być tylko wywołany naświetlaniem.

Dodatkowo zaznaczyć muszę, że chora ta równocześnie straciła zupełnie upławy, które były tak wielkie, że od 30 lat wogóle stale między wargami nosiła watę; zaraz po pierwszym cyklu było to już niepotrzebne; uregulowało się również trawienie, prawdopodobnie skutkiem zmniejszonego ucisku na jelita.

Drugi ciężki przypadek (chora kol. Lachsa) dotyczył kobiety z macicą maczugowatą mało ruchomą, dochodzącą do pępka; silne i bolesne krwotoki, przez 2—3 tygodni w miesiącu trwające, równoczesne zmiany w sercu. Pierwszy cykl (3 naświetlania) z końcem kwietnia 1910 r.; macica z końcem maja sięga już tylko na 3 palce poniżej pępka; stan ogólny znakomity; krwawień brak do chwili obecnej, t. j. blizko dwa lata.

Trzecia chora (pacyentka kol. Hirscha) cierpi od 3 lat na krwotoki po 2 tygodnie w miesiącu trwające, połączone z silnymi bólami; rozpoznanie: rozpoczynające się przekwitanie; krwotoki maciczne. Dwa cykle w odstępie 3-tygodniowym; zaraz najbliższy peryod niebolesny, ilość krwi prawidłowa; po 2 miesiączkach prawidłowych co do czasu i nasilenia ustanie zupełne miesiączkowania aż do chwili obecnej (przeszło $1^1/_2$ roku).

Czwarta chora z rozpoznaniem przewlekłego zapalenia macicy i rozpoczynającego się przekwitania, z krwotokami po 10—14 dni trwającymi, bardzo bolesnymi i obfitymi, wyleczona po trzech cyklach w 1909 r. zdrowa do chwili obecnej [1]).

Stan analogiczny u dwóch dalszych chorych.

Streszczając uzyskane przezemnie wyniki mogę potwierdzić w zupełności zdania Albersa Schönberga, jednakże z poprawką Gaussa, ponieważ właśnie u chorych ze zmianami w mięśniu sercowym najlepsze i najwdzięczniejsze znalazłem pole działania i dlatego tylko zachęcić mogę kolegów do leczenia tą metodą, tembardziej wobec smutnego wyniku statystyki operacyjnej. Promieniami Röntgena można u kobiet, wyniszczonych długoletnimi krwotokami, nawet w okresie zupełnego charłactwa uzyskać jeszcze zupełne ustanie krwotoków i wogóle krwawień — leczymy więc bezpośrednio bezkrwistość z jej wszelkiemi następstwami. Powtóre, można tą drogą doprowadzić guzy macicy do częściowego, a nawet całkowitego zaniku, przez co usuwamy ucisk na jelita, doprowadzamy więc trawienie do prawidłowego stanu (cztery chore z powyżej przytoczonych zarzuciły zażywanie środków przeczyszczających, bez których od lat nie mogły mieć samoistnego wypróżnienia). Przez usunięcie ucisku guzów na jelita zapobiegamy wypychaniu wypełnionych kałem pętli jelitowych ku górze, ku klatce piersiowej, zapobiegamy więc i leczymy objawy sercowe (cor myomatosum), wreszcie przez przyspieszenie inwolucyi starczej macicy usuwamy niezwykle uciążliwe upławy. Te korzyści wystarczają, aby zapewnić rentgenoterapii trwałe powodzenie w ginekologii.

Przechodzę obecnie do sprawy leczenia miesiączkowania bolesnego (dysmenorrhoea) zapomocą promieni Röntgena. Przedewszystkiem należy zadać sobie pytanie, czy wogóle powinno się chorobę tę w ten sposób leczyć. Wobec obawy wywołania ewentualnego zaniku jajników, a tem samem i niepłodności, należy chyba tylko bardzo ciężkie przypadki poddawać temu leczeniu, i rzeczywiście Manfred Frenkel, Reifferscheid i Görl w bardzo ciężkich postaciach, np. połączonych z napadami padaczkowatymi, osiągali dobre i trwałe wyniki. Sam dotychczas w jednym tylko przypadku i to bardzo ciężkim mogłem się zdecydować na naświetlania i skutek zaraz przy najbliższej miesiączce był tak wybitny, że pragnę chorą tę dalszym poddać próbom; wpływ poddawania (sugestyi) w tym przypadku był wyłączony, po-

[1]) Przypisek podczas korekty: Od tego czasu ukończyłem leczenie trzech dalszych chorych, których historye choroby zasługują na wyróżnienie: Pierwsza chora, 35-letnia, z rozpoznaniem ginekologicznem (prof. Braun): »Fibromyomata uteri, endometritis chronica«, cierpiała na bardzo silne krwawienia od 2 lat; z powodu wielkiego wyniszczenia i utraty sił chora przez 8 ostatnich miesięcy nie opuszczała już łóżka. Naświetlania rozpoczęto we wrześniu 1911 r.; po trzech cyklach t. j. 9 naświetlaniach, krwotoki międzymiesiączkowe znikły zupełnie, a już od listopada 1911 występują w odstępach co 4 tygodnie prawidłowe miesiączki, niebolesne, 3—4 dni trwające. — Chora wróciła do swego zawodu nauczycielskiego, który z powodu choroby zmuszona była porzucić przed rokiem.

Druga chora, 48-letnia, z rozpoznaniem ginekologicznem (prof. Dobrowolski): »Fibromyomata uteri intramuralia«, silnie niedokrwista, z cerą żółtą, charłaczą, od 2 lat cierpi na silne krwotoki, występujące co 14 dni, a trwające dni 17(!), w czasie których odchodzą olbrzymie skrzepy, nieraz o średnicy około 20 ctm.; upławy w przerwach bardzo uciążliwe, bóle głowy oraz inne objawy, wynikające z wyniszczenia, jak upadek sił itd. Po 6 naświetlaniach wszelkie krwawienia zupełnie ustały, toż samo upławy, przybytek na wadze $1^1/_2$ kg. w ciągu 2 tygodni. — Stan ten utrzymuje się do chwili obecnej.

Trzecia chora z rozpoznaniem (Dr Lachs): »Metritis et endometritis chronica, menorrhagiae«, — miewa od kilku lat krwawienia co 14 dni, trwające 2 tygodnie, przytem wybitne objawy t. zw. cor myomatosum (co 2—3 tygodnie napady nagłego osłabienia serca, połączone z uczuciem lęku, bladością twarzy, potami, drobnem, słabo wyczuwalnem tętnem itd.); macica wielkości dużej pięści mężkiej. Po 3 cyklach zupełne ustanie miesiączki i zaburzeń ze strony serca; poczucie sił, jakiego chora nie pamięta od kilkunastu lat, macica tak zmalała, że przez powłoki wymacać się nie daje; część pochwowa wielkości małego czopka.

nieważ była to chora, która z powodu łuszczycy skóry wielokrotnie przedtem była już naświetlana, była więc przyzwyczajona do tego leczenia. Nie wchodzę przytem w teorye miesiączkowania bolesnego, to jednak przyjąć możemy, że z jajników wychodzi podnieta, która przygotowuje błonę śluzową macicy do przyjęcia jajka. Jeżeli promieniami Röntgena osłabimy czynność jajników, to i ta podnieta będzie słabsza, a w następstwie i obrzęk błony śluzowej macicy i przypływ krwi do niej mniejszy, a zatem miesiączka będzie słabsza.

Krótko poruszyć pragnę sprawę wywoływania poronień promieniami x. Frenkel i Gauss zachwalają ten sposób. Zdaniem mojem jednak, wyjątkowo tylko będzie to tworzyć wskazanie dla działania rentgenologa, gdyż metoda chirurgiczna prędzej i pewniej wiedzie do celu. Poza tem w razie nieudania się poronienia naraża się płód na poważne obrażenia, jak zaćma, nieprawidłowości wzrostu kości, zaburzenia w narządach krwiotwórczych i t. d.; dlatego też dla zabezpieczenia się przed ewentualnym procesem sądowym ze strony chorej, a nawet przyszłego dziecka, radzą niektórzy rentgenolodzy żądać zobowiązania się chorej rewersem, że w razie nieudania się poronienia tą drogą podda się zabiegowi chirurgiczno-ginekologicznemu.

Dalsze wskazania stanowią: gruźlica i sprawy nowotworowe części rodnych kobiecych. O ile o leczeniu nowotworów może być mowa tylko w tych przypadkach, które nie nadają się już do operacyi, gdzie naświetlanie odgrywa rolę środka łagodzącego, kojącego bóle i zmniejszającego wydzielinę cuchnącą posokowatą rozpadającego się nowotworu, to w gruźlicy wyleczenie może być całkowite. Znane są zresztą znakomite wyniki leczenia liszaja żrącego, gruźlicy kości i gruczołów tą drogą. Cztery bardzo ciężkie przypadki gruźlicy gruczołów szyjnych z wysoką gorączką i nawrotami w innych gruczołach po wyjęciu jednych wyleczyłem w krótkim czasie i obecnie po 2 latach niema nawrotu; prawdopodobne jest więc i wyleczenie gruźlicy w częściach rodnych kobiecych, o ile zastosuje się odpowiednio głęboko drążące promienie. Dokładną historyę choroby takiego rozpaczliwego przypadku podaje Spaeth z Hamburga w Nr 16 »Deutsche med. Wochenschrift« 1911; chodziło o przypadek badaniem histologicznem potwierdzony, w którym gruźlica zajmowała wnętrze macicy i przydatki; wyleczenie zupełne osiągnął autor po kilku miesiącach.

Na granicy ginekologii i dermatologii stoją choroby skórne, usadowione na częściach płciowych kobiecych, które stanowią nadzwyczaj wdzięczne pole dla rentgenoterapii; mam tu na myśli świąd sromu (pruritus vulvae) i przewlekłe wypryski.

Jako zasadę przed leczeniem należy uwzględnić tło, na którem choroby te się rozwijają, a zatem cukrzycę, skazę moczanową, wiąd rdzenia, histeryę (coitus interruptus), rozpoczynający się nowotwór macicy i marskość sromu (kraurosis vulvae) i zastosować obok rentgenoterapii i leczenie przyczynowe. Samo jednak leczenie przyczynowe najczęściej nie wystarcza do usunięcia tych niezwykle uporczywych, a zarazem nad wyraz męczących cierpień i rentgenoterapia święci tu niezwykłe tryumfy. Wdzięczność tych nieszczęśliwych kobiet, uciekających zazwyczaj od ludzi i kryjących się przed najbliższem otoczeniem ze swą straszną chorobą, jest rzeczywiście wielka. Leczyłem tej kategoryi chorych kilkanaście i wszędzie często jednem lub dwoma posiedzeniami osiągałem wyleczenie całkowite z cierpienia nieraz kilka lat trwającego, które układ nerwowy chorych doprowadzało do zupełnej ruiny. Wypryski sączące, obejmujące srom, pachwiny, krocze, okolicę otworu stolcowego, a w górę aż do pępka, można przy odpowiedniem ustawieniu lampy jednem lub dwoma posiedzeniami pokryć prawidłowym i zdrowym naskórkiem w przeciągu 8—14 dni; wszystkie przytem dolegliwości, świąd i pieczenie znikają szybko. Nawet w przypadku wywołanym cukrzycą, gdzie kilkutygodniowy pobyt w Karlsbadzie i to 2 razy w jednym roku, pozostał bez najmniejszego skutku, wyleczyłem prawie zupełnie wyprysk naświetlaniem.

Zestawione powyżej wskazania stanowią zakres działania tak znaczny, że rentgenoterapia ginekologiczna, teoretycznie znakomicie ugruntowana i praktycznie wypróbowana, spoglądać może pomimo krótkiego swego istnienia na obfity dorobek; a celem mojego dzisiejszego odczytu w gronie fachowych ginekologów było zachęcić Panów do tej prawdziwie owocnej pracy. Jeżeli chociaż w części udało mi się obudzić w Panach zainteresowanie do tej młodej nauki, to cel mój do pewnego stopnia już został osiągnięty i mam nadzieję, że w swoim czasie bujne wyda owoce.

Wydzielanie wewnętrzne ze stanowiska klinicznego.

Podał [1])

Dr Maksymilian Blassberg.

(Dokończenie).

W myśl nauki o wewnętrznem wydzielaniu, uległy, jak wspomniałem, pojęcia nasze kliniczne na patogenezę niektórych chorób znacznemu przeobrażeniu. I tak nowoczesne pojęcia o czynności gruczołu tarczowego zmieniły nasze poglądy na pewne choroby, związane z czynnością tego gruczołu. Chorobę Basedowa uważano dawniej za nerwicę, którą łączono ze schorzeniem nerwu współczulnego, błędnego i rdzenia przedłużonego. Pierwszy Gautier wskazał na związek tej choroby z zaburzeniami tarczycy. Möbius i Kocher wskazali, jak zupełny kontrast istnieje między chorobą Basedowa i stanami połączonymi z nadmierną czynnością tarczycy z jednej strony, a brakiem i niedostateczną czynnością tego gruczołu z drugiej strony, przejawiającym się klinicznie pod postacią obrzęku śluzowatego, kretynizmu lub charłactwa z braku tarczycy. Gdy w pierwszej kategoryi schorzeń związanych z hyperfunkcyą tarczycy stwierdzamy takie objawy, jak powiększenie gruczołu tarczowego, przyspieszenie tętna, wygórowaną pobudliwość układu naczyniowego, psychiczne podniecenie, bezsenność, zapalczywość, trwożno-gniewny wyraz twarzy, wysadzenie oczu, przyspieszone trawienie i żywą przemianę materyi, a budowę ciała i palców smukłą z kończystymi ostatnimi członkami, zanik skóry, drżenie kończyn, uczucie gorąca i chudnięcie, to w drugiej kategoryi schorzeń, związanych z hypofunkcyą tarczycy, napotykamy wręcz przeciwne objawy. Tutaj stwierdzamy brak lub zanik gruczołu tarczowego, zwolnienie tętna, obniżoną pobudliwość układu nerwowego, apatyę, powolność i senność, spokojny i obojętny wyraz twarzy, wązkość szpar powiekowych, zwolnione trawienie i przemianę materyi, budowę ciała krępą i niezgrabną, końcowe człony palców zaokrą-

glone, skórę grubą, fałdzistą i suchą, uczucie zimna i przybieranie na wadze. Zarówno przy hyperfunkcyi jak i przy hypofunkcyi tarczycy istnieją rozmaite stopnie zaburzenia, które się klinicznie przejawiają jako postacie poronne. I tak mamy z jednej strony tak zwane postacie niezupełne (formes frustes) choroby Basedowa, nazwane przez Sterna Basedowoidem, a z drugiej strony postacie niezupełne obrzęku śluzowatego, z których jeden przypadek opisał Krokiewicz w »Przeglądzie lekarsk.« Obrazem takiej hypofunkcyi tarczycy są też pewne postacie otyłości. Aczkolwiek bowiem przeważnie otyłość powstaje pod wpływem trybu życia i dyety tuczącej, to jednak są pewne postacie otyłości pierwotnej, których przyczyna tkwi w niedostatecznej czynności tarczycy.

Że podział powyższy na hyperfunkcyę i hypofunkcyę czynności tarczycy odpowiada istotnemu stanowi rzeczy, to wykazały spostrzeżenia kliniczne przy podawaniu lecznicze m gruczołu tarczowego. O ile bowiem podajemy choremu niewłaściwie albo w nadmiernej ilości gruczoł tarczowy, to powstaną u niego takie objawy toksyczne, jak uczucie gorąca, poty, bicie serca, cukromocz, podniecenie psychiczne, bezsenność, drżenie, chudnięcie, — któreto objawy, jak widzieliśmy powyżej, należą do zbioru objawów hypertyreoidyzmu. W ten sposób wywołujemy sztuczną chorobę Basedowa, która ustępuje po odstawieniu gruczołu tarczowego.

Doniosłe znaczenie fizyologicznej roli gruczołów przytarczycznych (czyli ciałek nabłonkowych) (glandulae parathyreoideae) również odbiło się w klinice głośnem echem. Przedewszystkiem stwierdzono ich związek niewątpliwy z tak zwaną tężyczką (tetania), charakteryzującą się peryodycznie powracającymi skurczami tężcowymi rozmaitych mięśni. Escherich i jego szkoła twierdzą, że wszystkie przypadki tężyczki dziecięcej są następstwem niedomogi przytarczyc. Także i fakt, że usunięcie ich drogą operacyjną wywołuje tężyczkę, dowodzi tego związku. — Pojawianie się tężyczki po wyłuszczeniu wola można również wytłumaczyć przypadkowem usunięciem gruczołów przytarczycznych przy tej operacyi, bo aczkolwiek pod względem rozwojowym i czynnościowym są te ciałka zupełnie niezależne od gruczołu tarczowego, to jednak pozostają one z nim w ścisłym związku topograficzno-anatomicznym. Według Lundborga, zadanie przytarczyc polega na regulowaniu czynności układu nerwowo-mięśniowego, a od niedomogi ich zależą nerwice ruchowe i takie cierpienia, jak myotonia wrodzona, t. j. choroba Thomsena, myoklonia i drżączka poraźna (t. j. choroba Parkinsona, paralysis agitans). Chwostek dzieli zaburzenia czynności przytarczyc na dwie kategorye: 1) niedomoga wydzielnicza — która wiedzie do objawów tężyczki, 2) wygórowanie czynności przytarczyc (hyperparathyreosis) lub jakościowa zmiana wydzieliny (dysparathyreosis) — które wiodą do objawów niedomogi mięśniowej (myasthenia).

Przy innem cierpieniu, znanem pod nazwą akromegalii, przypadła klinice chirurgicznej zasługa dostarczenia niezbitych wyjaśnień patogenezy tej choroby. Choroba ta, opisana po raz pierwszy przez Mariego, zwykle zaczyna się objawami nerwowymi, a mianowicie ogólnem osłabieniem i bolami mięśniowymi, wzmagającą się sennością i apatyą oraz bólami głowy. Do tego przyłączają się zaburzenia płciowe, a mianowicie u kobiet ustanie miesiączkowania, a u mężczyzn niezdolność płciowa. Potem występuje charakterystyczne zwiększenie się i wzrost kości i części miękkich na twarzy i kończynach. Towarzyszące objawy ze strony układu nerwowego pozwalają na rozpoznanie nowotworu przysadki mózgowej. — W ogólnej przemianie materyi stwierdzano często cukromocz i zatrzymywanie substancyi azotowych. — Kiedy w r. 1908 Hohenegg po raz pierwszy usunął szczęśliwie guza przysadki mózgowej u 30-letniej chorej, dotkniętej akromegalią, a wszystkie typowe objawy zupełnie ustąpiły, i kiedy później z równie szczęśliwym skutkiem powtórzono operacyę u innych chorych, wówczas związek przyczynowy między akromegalią a schorzeniem przysadki mózgowej został niezbicie wykazany.

Drugą chorobą, pokrewną akromegalii, jest tak zwany wzrost olbrzymi (gigantismus), przekraczający znacznie prawidłowe rozmiary, a połączony również ze zmianami w przysadce mózgowej. Brissaud twierdzi, że gigantyzm jest akromegalią wieku dojrzewania, a akromegalia jest gigantyzmem okresu dojrzałego.

Badania lat ostatnich przemawiają za tem, że akromegalię i gigantyzm cechuje nadmierna czynność przysadki mózgowej (hyperpituitarismus), w przebiegu natomiast niedomogi wydzielania przysadkowego (hypopituitarismus) występują ogólne zaburzenia przemiany materyi, a mianowicie otyłość, głównie piersi i brzucha, zacieranie się drugorzędnych cech płciowych i uwydatnianie się wejrzenia dziecięcego, co określono nazwą »dystrophia adiposogenitalis«.

Spostrzeżenia kliniczne niedawne dowodzą, że i szyszynka (glandula pinealis, epiphysis cerebri, conarium) może być uważana za gruczoł o wydzielinie wewnętrznej, wywierającej wpływ na przemianę materyi. W wieku dziecięcym gruczoł ten wywiera wpływ hamujący i przeciwdziałający swobodnemu i nieograniczonemu rozwojowi gruczołów płciowych, oraz wtórnemu rozwojowi psychicznemu. Nowotworom i zniszczeniu szyszynki mózgowej w wieku dziecięcym towarzyszyły według spostrzeżeń klinicznych: nieprawidłowy wzrost, niezwykły porost włosów, przedwczesny rozwój narządu i popędu płciowego oraz przedwczesne dojrzewanie umysłowe.

Ciekawe światło rzucają nowsze badania na chorobę Addisona. Choroba ta polega na nieprawidłowej funkcyi nadnerczy. Istota rdzeniowa nadnerczy, jak to w ostatnich czasach wykazano, jest zarówno co do swojego pochodzenia rozwojowego, jak i co do swych własności zupełnie podobna do układu nerwowego współczulnego. Jedną taką własnością układu współczulnego w ogólności, a istoty rdzeniowej nadnerczy w szczególności, jest własność barwienia się chromowemi połączeniami na zielono i brunatno, a to z powodu powinowactwa chemicznego do chromu. Stąd powstała też nazwa tkanki chromochłonnej (chromaffines Gewebe). Przy chorobie Addisona schorzenie układu chromochłonnego przejawia się w tem, że tkanka ta nie barwi się chromem w sposób właściwy, a przy sekcyi zwłok znajdujemy nadto wązkość i niedokształt substancyi rdzeniowej nadnerczy. Ponieważ substancya rdzeniowa nadnerczy oddaje w prawidłowych warunkach do krwi swą wydzielinę wewnętrzną, t. j. adrenalinę, która zwęża naczynia, oraz wzmacnia czynność serca i krążenie, przeto brakiem istoty tonizującej, niezbędnej dla ustroju, tłumaczy się cały obraz osłabienia i niedomogi, cechujący chorobę Addisona. Zasługa wykrycia działania tej substancyi przypada w znacznej części prof. Cybulskiemu i Szymonowiczowi.

Czynność nadnerczy pozostaje też w jakimś związku z tworzeniem się barwika skórnego; za tem przemawiają zmiany barwikowe w skórze, zachodzące przy chorobie Addisona, oraz fakt, że u murzynów nadnercza bywają większe, aniżeli u Europejczyków. Ta ostatnia okoliczność zwróciła też właśnie uwagę Addisona na nadnercza przy obrazie chorobowym od niego nazwanym.

Stan układu chromochłonnego nadnerczy, względnie stan czynności wydzielania adrenaliny do krwi tłumaczy nam według badań Schura, Wiesla i Hornowskiego śmierć w uśpieniu chloroformowem. Chloroform, użyty do uśpienia i tak zwany wstrząs operacyjny wywołują znaczne zapotrzebowanie adrenaliny w ustroju. W miarę dłuższego trwania uśpienia całe zapasy adrenaliny przechodzą stopniowo z nadnerczy do obiegu krwi i istota chromochłonna nadnerczy wyczerpuje się, przez co następuje śmierć osobnika usypianego. Dlatego też radzi Hornowski na podstawie swoich spostrzeżeń, u osób zmarłych w uśpieniu chloroformowem badać przy sekcyi, jak się zachowuje

układ chromochłonny, a mianowicie, czy istota rdzeniowa nadnerczy nie jest stosunkowo wązką w porównaniu z istotą korową, oraz jak się barwi związkami chromowymi.

Przy tak zwanym stanie grasiczym (status thymicus vel thymicolymphaticus) oprócz powiększenia grasicy stwierdza się według Wiesla wrodzony niedokształt tkanki rdzeniowej nadnerczy i układu wydzielającego adrenalinę. Tem tłumaczy się nagłą śmierć w uśpieniu chloroformowem, zdarzającą się bardzo często przy stanach powyższych.

Podobnie tłumaczy Hornowski znany lekarzon fakt, że chorzy na serce znoszą zazwyczaj źle wyższą ciepłotę. Z jednej strony bowiem wskutek schorzenia serca wzmaga się zapotrzebowanie adrenaliny ustrojowej (co stwierdzono przez znikanie adrenaliny ze krwi przy zapadach sercowych), a z drugiej strony działanie wysokiej ciepłoty wzmaga zapotrzebowanie substancyi tonizującej, której wytwórcą jest układ chromochłonny, — co stwierdził Hornowski swojemi badaniami. Przez to spotęgowane zapotrzebowanie następuje szybsze wyczerpanie się układu chromochłonnego u tych chorych.

Bardzo znacznemu przeobrażeniu musiałyby uledz dotychczasowe pojęcia kliniczne o cukrzycy i towarzyszących jej zaburzeniach przemiany węglowodanów. Badania Meringa i Minkowskiego dowodzą, że wewnętrzną wydzieliną trzustki jest hormon, który wpływa korzystnie na prawidłowe spalanie się cukru i wzmaga tworzenie się glikogenu w wątrobie. Atoli hormon trzustkowy nie wystarcza do wyjaśnienia cukrzycy, zwłaszcza od czasu, gdy Blum wykrył cukromocz adrenalinowy. Według Noordena cukromocz polega na nadmiernem wytwarzaniu cukru przez wątrobę. Przy tem wytwarzaniu rozgrywa się według niego ścieranie się dwóch wpływów. Z jednej strony bowiem adrenalina jest aktywatorem, pomocnym przy sprawie tworzenia się cukru, z drugiej strony trzustka przeciwdziała nadmiernej produkcyi cukru zapomocą swej wewnętrznej wydzieliny. Według tego autora cukromocz przewlekły, względnie cukrzyca polega przeważnie na zaburzeniach czynnościowych trzustki, natomiast przy ostrym przejściowym cukromoczu główna rola przypada nadnerczom. Atoli nowsze prace, zwłaszcza z kliniki Noordena, wykazują, że obok trzustki i nadnerczy, także i gruczoł tarczowy odgrywa przy przemianie substancyi węglowodanowych znaczną rolę. Tam, gdzie czynność tarczycy jest obniżona, a zatem w obrzęku śluzowatym, tolerancya węglowodanów jest wzmożona i adrenalina nie wywołuje cukromoczu. W chorobie Basedowa, która jest odwrotnym obrazem klinicznym obrzęku śluzowatego, bywają też zazwyczaj odwrotne stosunki w tym kierunku i cukromocz adrenalinowy łatwo powstaje. Ale i na tem nie koniec. Dalsze badania wykazują, że taką samą sferę działania, jak trzustka, a zatem wpływ hamujący na przemianę węglowodanów, posiadają gruczoły przytarczyczne. Również okazują badania, że i przysadka mózgowa odgrywa rolę przy przemianie węglowodanów i że w schorzeniu przysadki mózgowej, przejawiającem się klinicznie w postaci akromegalii, znajdujemy prawie w 40% przypadkach cukier w moczu. Dodajmy do tego, że i układ nerwowy wywiera w sposób dotąd bliżej nieokreślony swój wpływ na przemianę węglowodanów, a dojdziemy do wniosku, że patogeneza cukrzycy nie jest jednolita i że w każdym poszczególnym przypadku choroby musimy szukać innej przyczyny. Coraz bardziej wydaje się możliwem, że choroba cukrowa nie jest wogóle samoistną jednostką kliniczną, lecz jest zbiorem objawów, zdarzającym się przy różnych schorzeniach, podobnie jak obrzęki, żółtaczka i t. p. Pewne spostrzeżenia kliniczne zdają się za tem przemawiać. I tak, obserwując znaczną liczbę chorych na cukrzycę, zauważyć można stale, że u jednych istnieje bardzo wielka skłonność do powstania przekwaszenia ustroju, tak zwanej acydozy, natomiast u całego szeregu innych chorych nie ma tej skłonności, pomimo tego, że mamy tam do czynienia z cięższymi przypadkami. Krehl podnosi myśl, że przyczyną tego zjawiska może być nietylko stopień zaburzenia przemiany cukrowej, lecz że może tu odgrywać także rolę różna etyologia poszczególnych przypadków cukrzycy.

Nauka o wewnętrznych wydzielinach gruczołów płciowych przy równoczesnej korrelacyi narządów stara się również wytłumaczyć cały szereg zjawisk klinicznych. I tak, wewnętrzną wydzieliną jajników tłumaczyć można rozwój sutków kobiecych w okresie dojrzewania płciowego, oraz obrzmiewanie sutków, zdarzające się u wielu kobiet podczas miesiączki. U osobników męskich z silnie rozwiniętymi gruczołami piersiowymi, czyli u tak zwanych »ginekomastów«, napotykamy zazwyczaj jądra niedokształcone lub zanikłe następowo po jakichś sprawach chorobowych. U kobiet ciężarnych znajduje się, według Biedla, w ustroju jakiś dotąd bliżej nieokreślony hormon, który na drodze chemicznej pobudza gruczoły mleczne do wydzielania kleju. Rzeczywisty pokarm jednak wytwarza się w gruczołach mlecznych kobiecych dopiero po porodzie, albo też po obumarciu płodu. Ten fakt znowuż każe się, według Biedla, domyślać, że między obecnością żywego płodu w łonie matki, a wydzielaniem się rzeczywistego pokarmu, zachodzi stosunek antagonistyczny, że płód wywiera hamujący wpływ na wydzielanie się istotnego pokarmu w sutkach kobiecych, któryto wpływ hamujący znika przez usunięcie się, względnie obumarcie płodu.

Przy usunięciu gruczołów płciowych przed rozwinięciem się, a zatem w wieku młodocianym, następuje wstrzymanie rozwoju całego narządu płciowego. U rzezańców bywają pęcherzyki nasienne i gruczoł krokowy małe i zanikłe, co się tłumaczy brakiem hormonów jądrowych, niezbędnie potrzebnych dla prawidłowego rozwoju i wzrostu sterczu i pęcherzyków nasiennych. Także i tak zwane drugorzędne cechy płciowe, jak: charakter uwłosienia, budowa krtani i zmiana głosu, wstrzymane są w rozwoju u osobników wcześnie wytrzebionych. — Zupełne wytrzebienie kobiet wiedzie do zmian wstecznych w narządzie rodnym, do zaniku macicy i pochwy. Po ustaniu czynności jajników ustają krwawienia miesięczne u kobiet. Nadto znane są liczne spostrzeżenia kliniczne, przemawiające za wpływem wewnętrznych wydzielin gruczołów płciowych na rozwój układu kostnego, oraz za dotąd bliżej nie zbadanym związkiem ze zmięknieniem kości (osteomalacia). Dalej stwierdzono wpływ tych wydzielin na stan przemiany materyi, przejawiający się w otyłości, powstającej pod wpływem zaniku gruczołów płciowych, oraz związek spraw jajnikowych ze stanem krwi, a w szczególności z blednicą.

Inne spostrzeżenia kliniczne tłumaczy się dzisiaj równoczesnem ustaniem czynności kilku naraz gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wywołanem przez jednę i tę samą przyczynę, albo też wpływem czynności jednego gruczołu na drugi.

I tak daje się zauważyć wpływ zmian, zachodzących w narządzie rodnym kobiet, na stan i funkcye gruczołu tarczowego i nadnerczy. Ten związek uwydatnia się już w wieku pokwitania oraz podczas miesiączkowania, przy którem okresowo brzęknie gruczoł tarczowy, atoli jest już wyraźnym w czasie ciąży. — Wówczas niektóre kobiety zwykły przybierać na wadze, rysy ich grubieją, skóra się zmienia, usposobienie ulega zmianie. U innych ciężarnych kobiet stwierdzamy zmniejszenie się tolerancyi na dowóz węglowodanów w ogólności, a w szczególności u ciężarnych dotkniętych cukrzycą od dawna stwierdzono, że cukrzyca pod wpływem ciąży zwykła się pogarszać. Dodajmy do tego pewne zmiany barwikowe skóry, przypominające chorobę Addisona. Jeżeli zważymy, że z jednej strony nadnercza ulegają podczas ciąży przerostowi i że wydzielina nadnerczy, to jest adrenalina, stanowi bodziec cukrotwórczy, a z drugiej strony, jeżeli zważymy, że zazwyczaj i gruczoł tarczowy oraz przysadka mózgowa ulegają podczas ciąży zmianie i że niektóre z objawów cią-

żowych powyżej przytoczonych można odnieść do zaburzeń tarczycy, — to tu nasuwa się możliwość, że zmiany, zachodzące w narządach rodnych podczas ciąży, wywierają wpływ na układ chromochłonny nadnerczy i na wydzielanie w gruczole tarczowym i przysadce mózgowej i że ta koincydencya zmienionych wydzielin gruczołowych pozostaje w związku z klinicznym obrazem ciąży.

Prof. Gluziński zwraca uwagę, że taka sama koincydencya zachodzi w okresie przekwitania (climacterium) u kobiet. Objawy znikania czynności narządu rodnego wywołują według niego z jednej strony upośledzenie czynności tarczycy, przejawiające się w zgrubieniu rysów twarzy, szorstkości i suchości skóry, zwłaszcza na rękach, w pewnem otępieniu psychicznem i osłabieniu pamięci oraz skłonności do tycia, a z drugiej strony nastaje przy przekwitaniu odpadnięcie czynnika hamującego dla nadnerczy, które ulegają hyperfunkcyi, i tem tłumaczy się grupa takich objawów przekwitania, jak nawały krwi do głowy, silne zaburzenia naczynioruchowe, napadowe wzmaganie się parcia krwi, połączone z zawrotami głowy i tym podobne objawy.

Co się tyczy nerek, to istnieją wprawdzie pewne badania, przemawiające za tem, że w nerkach tworzy się hormon, podnoszący parcie krwi i wzmagający wydzielanie moczu, ale ostateczne wyniki tych badań dotąd nie są pewne.

Nad hormonem jelitowym (Peristaltik-hormon), który ma stanowić wydzielinę, wywołującą ruchy robaczkowe jelit, bliżej nie zatrzymuję się, bo badania dotychczasowe wogóle nie udowodniły na pewno jego istnienia i nie określiły jego natury.

Także i w dziedzinie dyagnostyki klinicznej nauka o wewnętrznem wydzielaniu zaznaczyła swoje ślady. Chcę tu wspomnieć o tak zwanym odczynie Löwiego. Gdy w ustroju ludzkim nastąpi zaburzenie wydzielania wewnętrznego tego rodzaju, że układ chromochłonny uzyskał wpływ przeważający, czyli że istnieje w ustroju chorobliwa adrenalinemia, to jeżeli u takiego chorego trzykrotnie zakroplimy do worka spojówkowego po 2 krople rozczynu 1:1000 adrenaliny, w odstępach 5 minut, wówczas przy zdrowej rogówce wystąpi w 30—60 minut wyraźne rozszerzenie źrenicy, którego w prawidłowych warunkach zauważyć nie można. Jeżeli ten odczyn jest zatem dodatni, to wykazuje on adrenalinemię. O ile u chorego dotkniętego cukrzycą jest odczyn Löwiego dodatni, to wówczas stwierdzamy, że dany cukromocz zależy od hypofunkcyi trzustki, względnie od hyperfunkcyi gruczołu tarczowego. Objaw Loewiego stwierdzano przy zatkaniu przewodu trzustkowego, przy raku i martwicy trzustki z jednej strony, a jako wynik hyperfunkcyi tarczycy przy chorobie Basedowa.

W dziedzinie lecznictwa fakta zdobyte przez naukę o wydzielaniu wewnętrznem, dały klinice w licznych przypadkach realną podstawę do działania lekarskiego.

I tak wiadomości o ciężkich zmianach następowych po całkowitem wycięciu wola skłoniły chirurgów od czasu Sicka, Juillarda, obu Reverdinów, a zwłaszcza Kochera, do zmodyfikowania operacyi wola i do częściowego tylko usuwania tarczycy. Taksamo i ginekologowie ograniczyli wskazania do zupełnego wycinania jajników. Przy przeroście gruczołu krokowego chirurgowie wycinali jądra, przez co w niektórych przypadkach dał się uzyskać zanik przerosłego sterczu, zanik, na którego wywołaniu w tym przypadku właśnie zależało. Opisano przypadki wyleczenia akromegalii przez chirurgiczne usunięcie przysadki mózgowej. Dość liczni są zwolennicy leczenia choroby Basedowa przez usuwanie wola na drodze operacyjnej. Pod wpływem nauki o wewnętrznem wydzielaniu powstało też chirurgiczne leczenie tężyczki. Leischnerowi i Eiselsbergowi udało się bowiem pomyślne leczenie tężyczki u ludzi przez przeszczepiania gruczołów przytarczycznych.

Również i przy leczeniu drogą niechirurgiczną otwarły się klinice nowe widnokręgi przez powstanie leczenia zastępczego czyli substytucyjnego, względnie organoterapii czyli opoterapii. Leczenie substytucyjne polega na tem, że podajemy choremu odpowiednio przyrządzony przetwór z tego narządu, który wskutek jakiejś wrodzonej lub nabytej niedomogi, lub z powodu schorzenia, nie spełnia odpowiednio swojej czynności. Przetworem takim staramy się zatem sztucznie częściowo lub całkowicie zastąpić schorzały narząd. Oczywiście, że entuzyazm i przesada, towarzyszące zazwyczaj nowym teoryom w medycynie, i tu popełniają wybryki przez rozszerzanie organoterapii w sposób naiwno-bezmyślny na najrozmaitsze przetwory i narządy. Tak n. p. chciano naiwnie stosować przetwory z płuc lub z gruczołów oskrzelowych przeciw gruźlicy płucnej, korę mózgową przeciw chorobom nerwowym i tym podobnie. Wszelako zadaniem medycyny krytycznej jest wypleniać takie naleciałości i ująwszy w ściśle granice to, co jest oparte na naukowych podstawach, oddzielać od tego, co jest tylko wykwitem naiwności lub nawet czysto handlowych zapędów fabryk farmaceutycznych.

Takiem leczeniem skutecznem, opartem na nowoczesnych zasadach etyologicznych, jest podawanie gruczołu tarczowego. Pod wpływem tego leczenia poprawiają się stany hypofunkcyi tarczycy, a mianowicie obrzęk śluzowaty i pooperacyjne charłactwo z usunięcia wola. Leczenie tym gruczołem matołectwa, wywołanego przez wrodzony brak gruczołu tarczowego, pozwala wprost zwalczać i wytępiać matołectwo endemiczne, panujące w niektórych okolicach także i u nas, i leczenie to jest stosowane n. p. w Styryi na koszt państwa. Również i leczenie otyłości konstytucyonalnej dostępne jest organoterapii gruczołem tarczowym w tych przypadkach, w których otyłość powstała na tle zwolnienia przemiany materyi, związanego niewątpliwie z hypofunkcyą tarczycy. W takich przypadkach otyłości podawanie gruczołu tarczowego jest nader skuteczne, natomiast przy otyłości tak zwanej »tucznej« organoterapia bezkrytycznie zastosowana bywa nietylko bezskuteczną, ale nawet wręcz szkodliwą. Prof. Gluziński stosował z dobrym skutkiem przetwory gruczołu tarczowego przy objawach hypotyreoidyzmu, towarzyszących okresowi przekwitania u kobiet. Niektórzy autorowie polecają zamiast gruczołu tarczowego przetwory pochodne, a mianowicie tyreoglobulinę lub tyreojodynę.

Z innych leków, które wyrosły z nauki o wewnętrznem wydzielaniu, wspomnieć należy o adrenalinie, która dzięki swojemu niewątpliwemu działaniu tonizującemu znalazła rozległe zastosowanie. Weszła ona w obieg jako »adrenalina (Parke-Davis«), »suprareninum hydrochloricum syntheticum (Höchst)«, »paranephrinum (Merck)«, »epirenan« Abderhaldena, »epinephrinum« Abla, »sphygmomeninum« Fraenkla i »paraganglinum« Vassalea. Adrenalina jest najsilniejszym ze znanych dotychczas środków, zwężających naczynia krwionośne. Służy ona do tamowania krwawienia i do zwalniania wessania środków miejscowo znieczulających, a nadto do podnoszenia parcia krwi przy ciężkich zapadach. Zastosowanie adrenaliny nie jest jednakże organoterapią w ścisłem znaczeniu tego wyrazu.

Pituitryna jest to przetwór z przysadki mózgowej, zalecany w położnictwie do wzmacniania bolów porodowych.

Podawanie jajników w przetworach (ovaron, ovaripina i t. p.) stosuje się dla zwalczania objawów przekwitania, występujących po wycięciu jajników.

Gruczoły przytarczyczne (glandulae parathyreoideae), a mianowicie wyciągi ich, sporządzane przez Berkeleya, stosowano wewnętrznie lub podskórnie przeciw objawom tężyczki, wywołanej wyłuszczeniem tych gruczołów.

Mamminę (Poehla), wyciąg z gruczołu sutkowego, stosowano w pastylkach lub podskórnie dla wywołania

zmniejszania się macicy i usuwania bolów i krwotoków przy nie złośliwych nowotworach macicy.

Sperminę (Poehla), wyciąg z jąder, stosowano w postaci wstrzykiwań podskórnych jako środek wzmacniający czynność mięśni. Wyciąg z jąder jest przetworem także historycznie ciekawym, gdyż był to pierwszy przetwór, zastosowany w roku 1889 przez Brown-Sequarda na sobie samym. Liczył on wówczas 72 lat i twierdził, że pod wpływem wstrzykiwań wyciągów jądrowych podniosła się znacznie wydatność jego sił fizycznych i umysłowych. Brown-Sequard dał też początek właściwej organoterapii.

Ponieważ, jak wspomniałem powyżej, pewne zespoły objawów klinicznych dadzą się wytłumaczyć równoczesną niedomogą większej liczby gruczołów, dlatego w niektórych przypadkach chorobowych może zajść potrzeba stosowania opoterapii mieszanej, względnie skombinowanej, to znaczy, że musimy stosować równocześnie przetwory z różnych gruczołów dla zadziałania na różne grupy współczesnych objawów klinicznych o odmiennem pochodzeniu.

Z natury rzeczy muszę raz jeszcze podkreślić, że nauka o wydzielaniu wewnętrznem, pomimo, że dała klinice wiele cennych zdobyczy, mieści w swoich badaniach nader liczne i znaczne trudności, dotąd wcale nieprzezwyciężone. Liczne są przedewszystkiem trudności natury technicznej, odnoszące się do oznaczania ilości, jakości, charakteru chemicznego i działania wydzielin wewnętrznych, n. p. tarczycznej. Trudne i nieprzezwyciężone dotąd jest oznaczenie istotnego zwiększenia adrenaliny we krwi. Rozbiory wydzielin gruczołowych przemawiają za bardzo złożonym ich składem i działaniem poszczególnych składników. Tak n. p. z tarczycy otrzymywano tyreoproteid, tyreguminę, tyreoantytoksynę, jodotyrynę i tym podobne składniki. Autorowie nie wyłączają też możliwości, że jeden i tensam gruczoł wysyła do obiegu krwi równocześnie większą ilość rozmaitych hormonów. Nieraz dopiero po częściowem lub całkowitem wycięciu danego narządu można wysnuwać wnioski o upośledzeniu lub zniesieniu jego czynności z objawów następowych (cachexia strumipriva, cukrzyca trzustkowa, tetania parathyreopriva). W nauce o wydzielinach wewnętrznych jest zatem dotąd znaczna przewaga faktów niejasnych i nieudowodnionych, które tylko jako hypotezy przyjmować należy.

Atoli i cała teorya o swoiście działających hormonach sama przez się ma bardzo poważnych przeciwników. I tak lwowski profesor Popielski stoi na stanowisku, że twierdzenia o swoistem działaniu różnych narządów, względnie wyciągów narządowych, są bezpodstawne. Według niego wydzielanie, czy w trzustce, czy w gruczołach mlecznych, uzyskiwane doświadczalnie przy wstrzykiwaniach wyciągów, nie jest następstwem swoistych hormonów, lecz przy tych wstrzykiwaniach wprowadza się ciało, wykryte przez Popielskiego i nazwane przez niego wazodylatyną, które jest zawarte we wszystkich narządach bez wyjątku. Wazodylatyna wywołuje obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi i na tej drodze wywołuje wydzielanie w danym narządzie. Popielski sądzi, że przyjmowanie teoryi hormonów, jako faktami na pewno nieudowodnionej, jest wręcz dla rozwoju medycyny szkodliwe, gdyż swoiste hormony nie istnieją i lekarz nie ma możności oddziaływania zapomocą nich na czynności narządów i nie może zapomocą pewnych ciał zmienić lub poprawić odrazu czynności chorego narządu. Chcę też wspomnieć, że Popielski nie jest ze swem zdaniem odosobniony, i że n. p. fizyolog włoski Lombroso przyznaje jego twierdzeniom zupełne uzasadnienie.

Sądzę jednak, że bez względu na dalszy obrót sprawy i na sposób, w jaki zjawiska powyższe będziemy tłumaczyć, klinika została przez te badania niewątpliwie wzbogacona nowymi zasobami faktów doniosłego znaczenia. Również widoczną jest rzeczą, że nowe zdobycze fizyologii w dziedzinie wydzielania wewnętrznego, dołączając się do wiadomości współczesnej bakteryologii i nauki o odporności, wytrącają coraz bardziej klinikę z dotychczasowego łożyska tak zwanej patologii szczegółowej i coraz bardziej wprowadzają ją na tory patologii ogólnej, względnie fizyologii patologicznej. Współczesny klinicysta coraz więcej musi zwracać uwagę nietylko na stan danego narządu, który uważa za schorzały, ale także na cały ustrój, na wzajemny stosunek i oddziaływanie wszystkich narządów i na zmienioną ich czynność za życia, albowiem sekcya zwłok nie zawsze zdoła dostatecznie wytłumaczyć te sprawy chorobowe, które w danym ustroju za życia się toczyły.

Oceny i sprawozdania.

Badania czynności ucha.

Zestawił według Kobraka [1])

Prof. Dr Aleksander Baurowicz.

Na badanie czynnościowe ucha składa się badanie czynnościowe narządu słuchu i badanie czynnościowe narządu przedsionkowego, narządu równowagi.

Narząd słuchu stanowią: część przewodząca fale głosowe, jakoto ucho zewnętrzne, błona bębenkowa, ucho środkowe wraz z kosteczkami słuchowemi, wreszcie ciecz słuchowa w przedsionku i ślimaku, i część przejmująca fale głosowe, to jest narząd Cortiego.

Narząd przedsionkowy składa się z przedsionka i trzech przewodów łukowych.

Do badania narządu słuchu posługujemy się szeptem i badaniem zapomocą strojnika, przyczem jako ogólną zasadę przyjmujemy objaw, iż gorsze słyszenie nizkich tonów odpowiada schorzeniu ucha środkowego, gdy przeciwnie, gorsze słyszenie tonów wysokich świadczy o zajęciu ucha wewnętrznego. Już więc przy badaniu szeptem powinniśmy posługiwać się słowami i liczbami o wprost przeciwnej wysokości tonu, a z wyniku możemy się oryentować co do zajęcia ucha środkowego, czy wewnętrznego. Jako prawidłową odległość słyszenia szeptu przyjmujemy odległość sześciu metrów i z niej zaczynamy, zbliżając się do badanego, mówić wyrazy, przyczem badany siedzi zwrócony ku nam bokiem, przeciwne ucho zatyka sobie palcem wskazującym odpowiedniej ręki, a drugą ręką przesłania z boku oczy.

Uzupełniająco dodaję, iż badany, u którego zniesione jest przewodnictwo powietrzne, mówi zbyt głośno, natomiast przy głuchocie błędnikowej mówi chory prawidłowo lub nawet ciszej. Przy kombinacyi uderza również mówienie głośne, a wreszcie przy zatkaniu w trąbce jednej, a jeszcze bardziej w obu, chorzy skarżą się na uczuwanie podczas mówienia huczenia w głowie własnego głosu, mówią zresztą prawidłowo.

Bez porównania ważniejsze jest badanie czynnościowe narządu słuchu zapomocą strojnika, którem stwierdzamy obok przewodnictwa dla fal głosowych drogą powietrza, przewodnictwo drogą kości, a temsamem wykryć możemy zmiany już w zakresie ucha wewnętrznego. I tu znów musimy się posługiwać co najmniej strojnikami o dwóch różnych wysokościach tonu, a mianowicie strojnikiem nizkim c i strojnikiem wysokim c^4; nadmienić tu można, iż według Bezolda niesłyszenie drogą powietrza strojnika a^1 oznacza głuchotę drogą powietrza, czyli dla mowy. Prawidłowo słyszymy strojnik przystawiony za uchem lepiej drogą powietrza, aniżeli drogą kości, i mówimy o tak zwanym objawie Rinnego dodatnim, to znaczy, iż gdy już nie słyszymy strojnika drogą kości, powinniśmy go słyszeć dalej drogą powietrza. Przy zajęciu ucha środkowego objaw Rinnego wypadnie ujemnie, a nawet słyszenie strojnika drogą kości

[1]) Kobrak. Funktionsprüfungen des Ohres. Lipsk 1911.

wydaje się jakby przedłużone w porównaniu do wyniku badania ucha, w którem nie ma zaburzenia w przewodnictwie drogą powietrza, czy kości. Przy przeszkodzie w uchu zewnętrznem nie mówi się o badaniu słuchu szczegółowem, a jedynie z grubsza oryentować się możemy; badanie bystrości słuchu odnosi się do zmian w uchu środkowem i wewnętrznem.

Strojnika, ustawionego na środku głowy, nie powinien badany ze zdrowym słuchem słyszeć lepiej po jednej stronie, a dopiero wtedy odnosi go na pewną stronę, gdy przewodnictwo powietrzne jest gorsze; mówimy wtedy o próbie Webera, która odpowiadać będzie ujemnemu objawowi Rinnego.

Wreszcie, ponieważ przy zajęciu ucha środkowego przewodnictwo drogą kości jest co najmniej tak długie, jak w uchu prawidłowem, a nawet dłuższe, określamy wynik jako próbę Schwabacha słyszaną do końca, względnie przedłużoną.

Ogólnie więc wynik badania przy zajęciu ucha środkowego wypadnie w ten sposób, iż tony nizkie będą gorzej słyszane niż wysokie, przy próbie Webera odnosi badany dźwięk na stronę zajętą, objaw Rinnego ujemny, a Schwabacha słyszalny do końca lub przedłużony.

Gdy jednak zajęte jest ucho wewnętrzne, wtedy zauważymy, iż objaw Rinnego wypadnie dodatnio, objaw Webera na stronę zdrową, a objaw Schwabacha przeciętnie bywa skrócony, choć to zależy od tego, czy ton strojnika, którym badamy, jest zajęty czy nie. Ogólnie więc wynik badania przy zachorzeniu błędnika, względnie jego części słuchowej, wypadnie w ten sposób, iż tony wysokie będą gorzej słyszane, niż nizkie, objaw Webera wypadnie na stronę niezajętą, objaw Rinnego dodatni, a Schwabacha skrócony lub do końca. Naturalnie, iż przy zajęciu ucha wewnętrznego wysokiego stopnia, względnie nerwu słuchowego, a więc w przypadkach mniej lub więcej zupełnej głuchoty tak przewodnictwo kostne, jak i powietrzne mogą być zupełnie zniesione, tak iż jedynie objaw Webera odnoszony będzie na stronę niezajętą.

Przytem jednak pamiętać należy, iż w przypadkach doznanego rzekomo urazu, względnie wypadku, musimy się liczyć z udawaniem, które może nam sprawiać trudności w rozstrzygnięciu, czy zmiany jakieś znajdują się rzeczywiście, czy nie; ale o badaniu symulacyi niżej.

Schemat więc wyniku badania czynnościowego narządu słuchu oznaczymy sobie według wyniku prób W. R. S., dodając przy W. kreskę ukośną na prawo lub lewo od W., by oznaczyć odnoszenie objawu Webera na prawo lub lewo, względnie w razie nie odnoszenia objawu Webera, kładziemy kreskę poziomą pod W. Przy R położymy znak ujemny lub dodatni od strony odpowiadającej wynikowi badania, względnie przy zupełnej głuchocie badanego ucha pozostawimy R nie oznaczonym. S oznaczymy jako skrócony, słyszany do końca lub przedłużony, pisząc obok S z prawej, względnie lewej strony znaki *skr*, *do k.* lub *prz.* Naturalnie znowu przy zupełnej głuchocie, choćby jednostronnej, S oznaczyć się nie da, względnie do oznaczenia wymaga całego szeregu strojników, by się przekonać, czy nie pozostał jeszcze jaki z tonów. Badanie tego rodzaju tak drogą kości, jak i powietrza, przeprowadzamy w przypadkach głuchoty obustronnej, względnie głuchoniemoty, dla ćwiczenia resztek utrzymanego słuchu. Dla zwykłego badania jest jednak ta ścisłość niepotrzebna.

Wreszcie ponieważ będziemy badać jeszcze przewodnictwo drogą powietrza dla c i c^4, oznaczymy w schemacie przy c, względnie c^4 ze strony prawej czy lewej czas słyszenia jako skrócony silnie, średnio lub słabo, a więc *skr. s*, *śr.* lub *sł.* pisząc je obok $c\ p$ względnie $c^4\ p$ (przyczem p oznacza przewodnictwo powietrzne).

Jak już wspomniałem, przy badaniu czynnościowem słuchu musimy się w pewnych przypadkach liczyć z udawaniem i tu zasadniczo rozróżnić udających głuchotę jednostronną lub obustronną, od takich, którzy twierdzą, iż mają przytępienie słuchu na jednem lub obu uszach.

Z pierwszymi uporać się nieraz łatwo, gdy utrzymują, iż nie słyszą na jedno tylko ucho, a mianowicie już z badania strojnikiem przekonamy się, czy badany odpowiada podobnie do prawdy. Praktyczne jest przytem odwrócenie uwagi badanego badaniem ucha prawidłowego, a zwłaszcza udaniem z naszej strony, iż ucho to zatykamy (pozornie, bo założeniem kawałka drenu), a wtedy symulant odpowie, iż nie słyszy drogą powietrza, a odpowiedzią tą fałszywą umocni nas w przekonaniu, iż nie zasługuje w podaniach swych na wiarę. Ale symulant wprawny będzie w odpowiedziach swych ostrożny i na wszelkie pytania, odnoszone do ucha zdrowego, odpowie nam prawdziwie, jak i nie udający głuchoty. Wtedy trzeba nieraz wyłapać symulanta na odpowiedzi podczas rozmowy, przytkawszy rzeczywiście ucho zdrowe, bo gdy zdrowe ucho mu zatkamy, a na drugie rzekomo nie słyszy, nie potrafi usłyszeć naszej mowy, zwłaszcza jeżeli ją jeszcze z rozmysłu przyciszamy. Podstępów wogóle trzeba używać po razu i sprytnie, by badany nie zoryentował się, iż go wprowadzamy w błąd, choć zwykle wahaniem się w odpowiedzi zdradza się symulant, iż nie podaje prawdziwie. Tu nieraz jest praktycznie, ażeby badało dwóch lekarzy, gdyż łatwiej wtedy zmylić badanego i wyłapać na kłamstwie. Gdy mi się nie uda przy badaniu strojnikiem stwierdzić, czy badany słyszy na ucho będące w badaniu, a więc w przypadku rzekomej głuchoty jednostronnej, wtedy stosuję od szeregu już lat znany zresztą sposób zapomocą przyrządu następującego. Mianowicie dwa dreny, każdy długości około dwóch metrów, przechodzą zapomocą połączenia rurką szklanną w kształcie litery Y w dren trzeci około metra długości; pierwsze dwa dreny zakończone są nasadkami do ucha, a dren trzeci lejkiem szklannym, przystosowanym wielkością do ust. Dreny pierwsze wsadzamy do uszu badanego, który siedzi zwrócony do nas tyłem, z poleceniem przytrzymywania drenów w uszach, a sami oddalamy się w tył i mówimy pojedyncze wyrazy do lejka, a wtedy nie słyszący na jedno ucho rzeczywiście powtarzać będzie wyrazy mówione zależnie od tego, czy dren idący do ucha prawidłowego będzie otwarty, czy go zaciśniemy na chwilę równocześnie z wymawianiem wyrazu. Symulant, słyszący wyrazy w obu uszach bez różnicy, zawaha się w odpowiedzi, w końcu zdecydować się musi na odpowiedź, bo przecież sam nie twierdzi, iż i drugiem uchem nie słyszy, a wtedy musimy go wyłapać na powtórzeniu wyrazu, gdy na chwilę zacisnęliśmy dren idący do ucha prawidłowego. Jeden wyraz, powtórzony uchem rzekomo głuchem, wystarczy do zdemaskowania badanego. Czasem się zdarza, iż ktoś, co twierdzi, iż na jedno ucho jest głuchy, przecież w uchu tem ma może przytępienie słuchu, które jednak wobec twierdzenia głuchoty oznaczyć się nie da, a ograniczyć się musimy do orzeczenia, iż badany rzekomo głuchem uchem słyszy, bez możności ewentualnego stwierdzenia stopnia bystrości słuchu, wobec twierdzenia badanego, iż nic nie słyszy.

Podobnem badaniem jest mówienie równoczesne przez dwa dreny, do obu uszu, do czego zresztą potrzeba dwóch badających, a wtedy tylko rzeczywiście niesłyszący jednem uchem będzie powtarzać wyrazy, przyjmowane uchem zdrowem, symulant natomiast nie zdobędzie się na odpowiedź z powodu uczucia zamięszania, a przytem z obawy, by nie powtórzył wyrazu, słyszanego uchem rzekomo głuchem.

Zbyteczne byłoby wyliczanie innych sposobów badania symulacyi głuchoty jednostronnej; przytoczę jeszcze tylko sposób zapomocą dwóch strojników o tej samej wysokości tonu, z równą siłą uderzonych. Otóż prawidłowo strojnik będzie słyszany tylko po tej stronie, po której znajduje się bliżej ucha, jeżeli jednak jedno ucho nie funkcyonuje, strojnik będzie słyszany na uchu przeciwnem w odległości znacznie dalszej, aniżeli w warunkach prawidłowych, gdyby oba uszy były zdrowe.

W przypadku udawania głuchoty obustronnej do zdemaskowania potrzeba nieraz obserwacyi osób trzecich lub przypadku osobistego, którym odkryjemy kłamstwo, a ogólnie zauważyć się daje, iż głuchy rzeczywiście stara się podczas mówienia do niego widzieć nasze usta, udający zaś zachowuje się obojętnie, choć wprawny symulant będzie nas i w tym kierunku starać się oszukać.

Innego rodzaju trudności nastręczać się nam będą przy badaniu przypadków udawania przytępienia słuchu na jednem uchu, albo i na obu, i tu potrzeba nieraz badania kilkakrotnego, by z ewentualnych różnic w słyszeniu wnosić, iż badany podaje fałszywie. Liczyć się jednak powinniśmy z tem, iż może to nie być symulant prawdziwy, to znaczy słyszący zupełnie prawidłowo, ale okazujący przecież pewne przytępienie słuchu, który jednak stara się przesadzać, a wtedy wobec fałszywych odpowiedzi zajdą trudności w oznaczeniu ściśle granicy bystrości słuchu; oczywiście wyjdzie to na niekorzyść badanego, bo w ocenieniu zastrzeżemy się, iż zachodzi pewne przytępienie słuchu, ale wobec rozmyślnie fałszywych odpowiedzi trudno określić ściśle granice bystrości słuchu.

Badanie czynnościowe narządu przedsionkowego, narządu równowagi, polega przedewszystkiem na spostrzeganiu samoistnego drżenia oczu, które występuje przy końcowem zwróceniu gałek ocznych na stronę zdrową. Obok tego badani doznają podmiotowo, niezależnie od samoistnego drżenia oczu, także uczucia zawrotu głowy na stronę zdrową, zwłaszcza przy zwróceniu się na tę stronę, o czem jednak, jako o objawie podmiotowym, wspominam tylko nawiasowo. Samoistne drżenie oczu może być jednak i w obie strony, a wtedy należy zauważyć, w którą stronę będzie wyraźniejsze; również uczucie zawrotu podmiotowego może nie być ściśle określone, choć przeważać na tę lub na inną stronę.

Następnie badamy narząd równowagi co do oddziaływania na ciepłotę podczas przepłukiwania ucha wodą zimną lub też gorącą. Otóż jeżeli komuś, co ma prawidłowo pobudliwy narząd równowagi, w prostem ustawieniu głowy przepłukujemy ucho wodą zimną około 18° C mającą, zauważymy po pewnym czasie (20—30 sekund) wystąpienie drżenia oczu na stronę przeciwną, które trwa około $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ minuty i któremu towarzyszą uczucie zawrotu w głowie, nudności, a nawet wymioty. Jeżeli zaś ucho prawidłowo pobudliwe przepłukujemy wodą gorącą około 42—45 C, to wtedy drżenie oczu wystąpi na stronę, którą przepłukujemy. Drżenie oczu bywa poziome albo obrotowe, zależnie od tego, który z łuków ulega podrażnieniu, poziomy czy prostopadły, co zależy od ustawienia głowy, ale rzeczywiście rzadko się spostrzega drżenie oczu wyłącznie poziome albo wyłącznie obrotowe, lecz zwykle jest drżenie oczu mieszane z przewagą poziomego albo obrotowego.

Ponieważ samoistne drżenie oczu występuje przy końcowem ustawieniu gałek ocznych, dlatego obserwując drżenie oczu, wywołane sztucznie, powinniśmy oczy ustawić w pozycyi między ustawieniem końcowem i średniem, w każdym razie w takiej, w której jeszcze samoistne drżenie oczu nie występuje, choć wzmocnienie wyraźne samoistnego drżenia oczu działaniem sztucznem możemy zapisać jako wynik badania.

Jeżeli mamy samoistne drżenie oczu na jedną tylko stronę, to ciepłotę płukania powinniśmy zastosować taką, by sztucznie wywołane drżenie oczu nie zeszło się z drżeniem samoistnem, to znaczy, jeżeli mamy drżenie samoistne na prawo, a chcemy badać oddziaływanie na ciepłotę lewego ucha, to wybierzemy wpierw płukanie wodą gorącą, gdyż zimna wywołałaby drżenie oczu na tę stronę, na którą już istnieje samoistnie drżenie i naodwrót.

Jeżeli drżenie oczu samoistne istnieje na obie strony, a chcemy badać oddziaływanie lewego ucha, to ustawiamy oczy na prawo aż do wywołania samoistnego drżenia, a wtedy przepłukujemy ucho lewe wodą gorącą, obserwując, czy drżenie oczu nie zwróci się na stronę płukaną, by zresztą po pewnej chwili napowrót przejść w drżenie samoistne, wywołane odpowiedniem ustawieniem gałki ocznej. Przy dobrze pobudliwym narządzie przedsionkowym otrzymamy wynik dodatni, mogąc na pewno twierdzić, iż sztucznie wywołane drżenie oczu pochodzi od strony badanej. Podobnie badamy pobudliwość błędnika strony przeciwnej.

Po zbadaniu oddziaływania na ciepłotę, przechodzimy do zbadania przedmiotowego zaburzenia równowagi, do przedmiotowego zawrotu według sposobu Romberga, a wtedy zauważymy, że objaw ten występuje zawsze na stronę zajętą. Objaw ten wywołamy jeszcze wybitniej, polecając badanemu w pozycyi Romberga skok w tył, musimy jednak chronić badanego przed upadkiem na stronę chorą.

W schemacie badania zapiszemy więc dalej wynik badania co do samoistnego drżenia oczu, oddziaływania na ciepłotę i przedmiotowego zawrotu, jednej lub obu stron, zależnie od potrzeby. I to zwyczajnie wystarcza do zbadania sprawności narządu równowagi, co w przypadkach rzekomo doznanego urazu, względnie wypadku, ma obok zbadania słuchu rozstrzygające znaczenie w rozpoznaniu uszkodzenia błędnika, czy spraw następowych. Rozumie się, iż możemy się spotkać z zaburzeniem w części słuchowej błędnika przy zupełnie prawidłowo pobudliwym narządzie równowagi, jak i na odwrót możemy znaleźć zaburzenie w narządzie równowagi przy prawidłowym słuchu.

Innym jeszcze sposobem, który zresztą potwierdzi tylko wynik oddziaływania na ciepłotę, jest drżenie oczu i zawrót obrotowy, a względnie drżenie oczu następowe. Wiadomo, iż jeżeli się obracamy w pewną stronę, to po pewnym czasie doznajemy uczucia zawrotu na tę stronę, a przytem zauważono, gdy obroty te wykonywano celowo, wystąpienie drżenia oczu na tę stronę. Ponieważ jednak bodziec przy obrotach działa na oba błędniki, choć silniej na błędnik tej strony, na którą wykonujemy obroty, a więc i drżenie oczu obrotowe będzie wywołane z obu błędników, a mianowicie silniej z błędnika tej strony, na którą zwrócony jest obrót, a słabo z błędnika strony przeciwnej. Wynik więc badania byłby niepewny, gdyby nie tak zwane następowe drżenie oczu, które występuje po pewnym czasie po obrotach i ma kierunek stale przeciwny, aniżeli drżenie oczu obrotowe, występujące podczas obrotów. Natężenie więc występującego zawrotu podmiotowego podczas obrotów odpowiada oddziaływaniu narządu łukowego tej strony, na którą wykonujemy obroty, natężenie zaś względnie trwanie następowego drżenia oczu po zawrotach jest wyrazem oddziaływania narządu łukowego strony przeciwnej, jak kierunek obrotów.

Następowe drżenie oczu ma praktycznie wielkie znaczenie, gdyż obserwacya obrotowego drżenia oczu podczas obrotów natrafia na trudności, przeszkadza w obserwacyi zawrót, natomiast drżenie oczu następowe może być dokładnie obserwowane, właściwie zapisane. I tu znów musimy wprzód zauważyć, na którą stronę jest drżenie oczu samoistne, by uniknąć zejścia się następowego drżenia z drżeniem samoistnem, a gdy to jest nieuniknione, to wtedy nie spostrzega się następowego drżenia przy końcowem ustawieniu gałki ocznej, ale w ustawieniu pośredniem między końcowem a środkowem, w którem jeszcze samoistne drżenie oczu nie występuje.

Następowe drżenie oczu wywołujemy w ten sposób, iż przy zamkniętych oczach obracamy badanego na krześle obrotowem z głową nachyloną naprzód, w około 20 sekundach 10 razy, albo obracamy go w postawie stojącej i nie obserwujemy drżenia oczu obrotowego, jaki przy prawidłowej pobudliwości błędnika będzie na stronę obrotów, ale obserwujemy drżenie oczu, jakie występuje po zaniechaniu obrotów, a które będzie na stronę przeciwną.

Zawrót przedsionkowy, który stale towarzyszy kierun-

kowi obrotów i, jak wspomniałem, przeszkadza obserwacyi obrotowego drżenia oczu, ma jednak przecież znaczenie dla badania sprawności przedsionka, bo odpowiada stronie obrotów, a obok niego obserwowane drżenie oczu następowe na stronę przeciwną będzie wyrazem sprawności narządu równowagi strony przeciwnej.

W ten sposób uzupełnilibyśmy wynik badania, zapisując objaw obrotowego zawrotu podmiotowego i obrotowego drżenia oczu następowego; przy obrotowym zawrocie należy zauważyć, przy którym z rzędu obrocie zaczyna zawrót występować i z jakiem nasileniem wogóle, jak również czas trwania następowego drżenia oczu. Przy prawidłowej pobudliwości tak zawrót obrotowy, jak i następowe drżenie oczu wystąpią wyraźnie, pierwszy już gdzieś po piątym obrocie, a drugi po dziesięciu obrotach trwać będzie silnie z jakie 30 sekund. Praktycznie przedstawia się to tak: Przypuśćmy, iż przy obrotach na prawo zawrót obrotowy występuje już po 5 obrotach, następowe zaś drżenie oczu trwa krótko i słabo, przy obrotach zaś na lewo zawrót występuje słabo, a natomiast następowe drżenie oczu silnie i długo, — to to będzie dowodem prawidłowej pobudliwości narządu łukowego prawego.

Mówiąc o pobudliwości narządu przedsionkowego, należy wspomnieć o tak zwanym objawie przetokowym. W przypadkach przewlekłego ropienia z ucha środkowego, które wywołało wytworzenie się przetoki do narządu łukowego, możemy przez tę przetokę zadrażnić wprost narząd łukowy tej jednej strony. Jeżeli mianowicie będziemy balonem, szczelnie założonym do przewodu zewnętrznego, powietrze zgęszczać, względnie rozrzedzać, to zauważymy w razie obecności przetoki łuku i to poziomego, jako najbliższego wewnętrznej ściany jamy bębenkowej, przy zgęszczaniu powietrza drżenie oczu na stronę chorą, a przy rozrzedzaniu drżenie oczu na stronę zdrową. Mówimy wtedy o objawie przetokowym dodatnim, który świadczy o pobudliwości błędnika. Ujemny jednak wynik nie jest dowodem braku pobudliwości błędnika, a temsamem objaw ten niema znaczenia dla badania sprawności błędnika, a więcej ma znaczenie dla rozpoznania przetoki.

Wreszcie znamy jeszcze drżenie oczu galwaniczne, mianowicie prąd o sile 2—5 MA, postawiony przed uchem biegunem dodatnim (anodą) wywołuje drżenie oczu na stronę przeciwną, a postawiony biegunem ujemnym (katodą) — drżenie oczu na tę samą stronę. Sposób ten jednak znajduje się jeszcze w okresie prób, jest więc za mało zbadany, by wyniki jego można już dziś zalecić do celów praktycznych.

W praktyce więc badać trzeba najpierw dokładnie narząd słuchu, a potem narząd przedsionkowy, a mianowicie samoistne drżenie oczu, potem oddziaływanie na ciepłotę, wreszcie zachowanie się objawu Romberga. Dodatkowo możemy badać objaw zawrotu obrotowego wraz z drżeniem oczu następowem.

Objaw przetokowy pozostanie dla przypadków, gdzie klinicznie może to mieć znaczenie w rozpoznaniu przetoki.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Bloch. **Badania doświadczalne nad idiosynkrazyą do jodoformu.** (Zeitft. f. exp. Path. u. Th. 9, III). Badania u trzech chorych wrażliwych (zwłaszcza na skórze) bardzo na jodoform wykazały, że wrażliwość ta właściwie nie dotyczy wcale jodu, ale raczej grupy metylowej CH_3 i jej pochodnych. Wrażliwości tej nie udaje się przenieść na zwierzęta krwią lub sokami, natomiast płat skórny, przeszczepiony z człowieka czułego na innego, zachowuje te cechy nadal. K.

Dutoit. **Nowe wyniki badań nad grasicą.** (Med. Klinik 1912, Nr 7). Co do czynności i znaczenia grasicy panowały w nauce różne zapatrywania. T. zw. »asthma thymicum« jedni odnosili do wpływów mechanicznych, ucisku np. wskutek napływu krwi, inni do kurczu głośni, a częste śmiertelne zejścia do t. zw. limfatycznej konstytucyi i porażenia serca. Krok naprzód postąpiono dopiero przy pomocy chirurgii i doświadczeń na zwierzętach. Rehn twierdzi, że przyczyną śmierci t. zw. grasiczej jest zawsze ucisk, a popiera to zdanie obecnie statystyką przeszło 20 operacyi. Jaśniejsze światło na czynność grasicy rzucają dopiero ostatnie doświadczenia, a zwłaszcza prace Vogta i Klosego. Wynika z nich, że grasica stoi przedewszystkiem w związku z układem kostnym ustroju. Usunięcie jej wywołuje brak wapna w ustroju, zatrucie kwasami i zmiany, przypominające żywo krzywicę, a innym znów razem tężyczkę u dzieci. Zwierzęta tracą przytem inteligencyę (idiotia thymipriva), bardzo tyją, a w końcu zapadają w charłactwo. Tycie jest skutkiem przeładowania ustroju kwasem nukleinowym, wywołującym rozrost tkanki tłuszczowej. Wynika z tego, że wycinać można grasicę tylko częściowo, a w razie braku jej czynności próbować leczenia środkami alkalicznymi. K.

Schuster. **Wąglik, a salwarsan.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 7). W związku z publikacyą Beckera o korzystnem działaniu salwarsanu przy wągliku, podał S. doświadczenia na zwierzętach. Używał do tego królików i hodowli wąglika o różnej a znanej jadowitości. Przedewszystkiem przekonał się tedy, że przy równoczesnem zakażeniu wąglikiem i stosowaniu śródżylnem salwarsanu (0·04 na kg.) udaje się zawsze zwierzęta uratować. Zwykle dzieje się to jeszcze do 12 godzin, natomiast skutek stosowania salwarsanu po 12 godzinach jest już wątpliwy, t. j. wąglik może wystąpić, względnie przebiegać ciężko. Zresztą nie ulega wątpliwości, że salwarsan, stosowany w powyższej ilości, może leczyć króliki z zakażenia, zwykle zresztą przebiegającego śmiertelnie. Jeżeli zważymy, że u królika przebieg choroby jest zwykle znacznie cięższy, niż u człowieka, to można mieć nadzieję, że leczenie salwarsanem będzie u człowieka jeszcze skuteczniejsze i w ciężkich przypadkach należy je też obecnie bezwarunkowo stosować. K.

Mertens. **O wstępującem ropnem zapaleniu otrzewnej.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 5). Bardzo znamienne jest wstępujące ropne zapalenie otrzewnej u małych dziewczynek, które opisał Riedel. Bierze ono początek z części rodnych i drogą jajowodów przenosi się na otrzewnę. Zwykle przypady są bardzo ciężkie, wymagające interwencyi chirurgicznej. Zakażenie samo pochodzi z ranek, zadanych na częściach rodnych przez silne ich drapanie, np. wskutek swędzenia wywołanego pasorzytami (oxyuris). Jajowód u dzieci ma więcej prosty przebieg, stosunkowo duże światło, a nabłonek migawkowy jeszcze nie działa, co ułatwia dostawanie się zarazków do otrzewnej. Operować należy energicznie, otworzyć brzuch z obu boków i tamponować aż do jamy Douglasa. Mertens opisuje 5 przypadków operowanych, z czego 3 wyzdrowienia, dwa przypadki śmierci. Riedel operował 10 przypadków; wszystkie operowane zmarły. Rokowanie jest więc bardzo poważne. W ropie spotyka się paciorkowce i prątki okrężnicy. K.

Janssen. **Wskazania do operacyjnego leczenia przerostu sterczu.** (Med. Klinik 1912, Nr 9). Jak każda modna operacya, tak i wycinanie sterczu stosowane bywa nieraz niewłaściwie, t. j. tam, gdzie możnaby się obejść i innem leczeniem. Nie należy operować np. przy silnem zakażeniu, dalej w samych początkach choroby (bo tu osiągnąć można i bez operacyi dobry skutek), a dalej w razie zupełnej niedomogi mięśniowej pęcherza. Cewnik choremu dać można do ręki tylko wtedy, gdy mocz nie jest już

czysty, we wszystkich innych przypadkach powinien cewnikować tylko lekarz. Gdzie operować nie można, stosujemy inne sposoby, a zwłaszcza zaleca J. t. zw. cystostomozę Witzla, t. j. utworzenie zapomocą trójgrańca skośnege kanału do pęcherza i wprowadzenie tamtędy sączka na stałe. Co do wycięcia sterczu, to polecenia godnym jest tylko zabieg przez pęcherz (transvesical). K.

Heyde. **O przyczynach śmierci z oparzenia.** (Med. Klinik 1912, Nr 7). Śmierć z oparzenia wystąpić może zaraz po wypadku, w pierwszej dobie, lub nieraz, co najciekawsze, w 12—15 dni, czasem nagle wśród najlepszego zresztą stanu. Ciężki stan nie stoi nieraz w prostym stosunku ze stopniem oparzenia. Po ustąpieniu pierwszego wstrząsu chorzy stają się nieraz niespokojni, występują kurcze i drgawki, oddech typu Cheyne-Stokesa, ilość moczu zmniejsza się, ciepłota opada i następuje śmierć. Przyczynę Sonnenburg odnosi do odruchowego porażenia serca, Ponfick i Fränkel do zmian składu krwi, a pośrednio do uszkodzenia nerek, Tappeiner do wielkiej utraty płynu i t. p. Wielkie zajęcie wzbudzały teorye zatrucia. Parascandolo odnosił śmierć do zatrucia spalonem białkiem, Reiss do zasad pirydynowych i t. p. Pfeiffer twierdzi, że w moczu oparzonych wykazać się dają dwie substancye: jedna neurotoksyczna, a druga mająca własność wywoływania zgorzeli. Według autora śmierć z oparzenia uważać należy tylko za wynik uczulania ustroju przez ciągłe, a wolne wessanie ciał z ogniska oparzelinowego (anaphylaxia). Najprawdopodobniej główną rolę odgrywa tu ciało, analogiczne do metylgwanidyny. Przeciwko temu ciału znamy odtrutki w postaci chlorku wapna i atropiny, co może da się wyzyskać leczniczo. Próby dotychczasowe autora wypadły dodatnio. K.

Położnictwo i ginekologia.

Boquel. **O leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej w połogu.** (Archives mens. d'obstétr. et de gynéc. styczeń 1912). Chirurdzy, którzy żądają przy objawach zapalenia otrzewnej szybkiej interwencyi i usunięcia punktu wyjścia zapalenia, nie uwzględnili w swojej dyskusyi zapalenia otrzewnej, występującej w przebiegu połogu, jak wogóle zapalenia otrzewnej, wychodzącego z narządów rodnych. Ginekolog i położnik musi drugi punkt żądań chirurgów, którym byłoby tu usunięcie macicy, wogóle odrzucić, między innemi ze względu na smutne wyniki, jakie otrzymano w przypadkach ciężkich i na niepewność rokowania. Autor jest zwolennikiem zdania Dolerisa, że zapalenie otrzewnej nie może być wskazaniem do usunięcia macicy w przypadkach zakażenia połogowego.

W sprawie zaś interwencyi chirurgicznej, t. j. laparotomii lub kolpotomii, a zatem otwarcia i oczyszczenia jamy brzusznej niezależnie od punktu wyjścia zapalenia otrzewnej, nasuwa decyzya w przebiegu połogu również wielkie trudności. Trzeba tu zawsze uwzględnić dwie strony: zapalenie otrzewnej i zakażenie ogólne. Dla wyświetlenia sprawy, czy zabieg operacyjny może tu wstrzymać rozwój zapalenia otrzewnej, przytacza autor 27 przypadków: 14 razy wykonał laparotomię z sączkowaniem, 13 razy leczył zachowawczo. Były to przypadki zapalenia otrzewnej, powstałego w połogu bądź po porodzie, bądź po poronieniu, wychodzącego bądź z macicy, bądź z innych narządów. W 4 przypadkach rozpoznanie nie nasuwało trudności. Z tych 2 nieoperowane zmarły, 2 operowano: 1 wyleczona, 1 zmarła. W 23 przypadkach zapalenie otrzewnej, połączone z zakażeniem ogólnem, nasuwało olbrzymie trudności rozpoznawcze. Z tych operowano 14 chorych, 8 wyleczeń, 4 zmarły; 11 leczono zachowawczo: — 5 wyleczeń, 4 zmarły.

Na zasadzie tego materyału autor nie może się oświadczyć stanowczo za interwencyą chirurgiczną ze względu na owe trudności rozpoznawcze i niepewne rokowanie. Jest jednak wielkim jej zwolennikiem i poleca dalsze badania w tym kierunku. Przekłada on laparotomię nad kolpotomię, łączy z nią stale sączkowanie, często odkażenie jamy macicy zapomocą jodu lub łyżeczki. Jednocześnie stosuje surowicę przeciwpaciorkowcową, elektrargol, oliwę kamforową. Nie usuwa nigdy macicy, ani zapalnie zmienionych przydatków »na gorąco«, to jest w czasie zapalenia.

A. Markowa.

Lindstaedt. **O wzmożonem usposobieniu do rozwoju raka w czasie ciąży.** (Zeitschr. f. Krebsforschung 1912, I). Na zasadzie własnych 5 przypadków i dużego materyału sekcyjnego i statystycznego twierdzi autor, że rozwój raka u kobiet przypada na okres dojrzałości płciowej, przyczem wielką rolę gra ciąża. Raki żołądka powstają przeważnie u kobiet młodych (w przypadkach autora ciężarne chore na raka żołądka miały 22, 25, 31, 31 i 33 lat), raki macicy między 30—50. rokiem życia. Autor sądzi, że nie jest to przypadkowy zbieg okoliczności, lecz że gra tu rolę ogólne obniżenie odporności ustroju w czasie ciąży, znaczna skłonność do spraw proliferacyjnych, jaką w rozmaitych tkankach w czasie ciąży stwierdzamy, że jednem słowem ciąża wpływa dodatnio na powstawanie i rozwój raka. Wskazuje na trudności rozpoznawcze, dotyczące szczególniej raka żołądka, którego objawy kryją się poza objawami ciąży, występującymi ze strony przewodu pokarmowego i żąda, by statystyki raka u kobiet uwzględniały dokładnie przebyte ciąże i wiek chorych, gdyż tego rodzaju ugrupowanie materyału przyczyniłoby się w znacznym stopniu do wyświetlenia związku między ciążą a rakiem.

A. Markowa.

Esch. **O toksyczności moczu i surowicy przy rzucawce porodowej.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 9). Wprowadzając śródsercowo świnkom morskim mocz, pochodzący z 2 przypadków rzucawki porodowej, spostrzegał autor objawy chorobowe, odpowiadające wstrząsowi anafilaktycznemu. Te same własności trujące miała surowica owych 2 rodzących; wody płodowe nie były trujące. Własności trujące moczu wystąpiły niezależnie od ciężaru gatunkowego, stopnia kwaśności i zawartości białka i znikały w miarę przechowywania moczu, a kilkakrotne nawet gotowanie nie wywierało na nie wpływu. Objawy zatrucia nie występowały tylko wtedy, gdy zwierzę było w stanie antyanafilaktycznym. Wstrzyknięcie podskórne tego moczu nie dawało odczynu miejscowego, tem mniej nie wywoływało martwicy. Dalsze badania wykazały, że surowica zdrowej ciężarnej i surowica kobiety niециężarnej, zmieszana z owym moczem, pozbawia go własności trujących. Te więc surowice mogłyby mieć własności lecznicze.

Autor przypuszcza, że w czasie rzucawki następuje parenteralny rozpad białka wskutek uszkodzeń, powstających w narządach miąższowych. Rozpad ten mógłby być źródłem owych ciał trujących, opuszczających ustrój razem z moczem. Esch przypomina stwierdzony przez siebie fakt, że i w połogu prawidłowym w późniejszych jego dniach stwierdzał pewną toksyczność moczu i poleca dalsze badania w celu wykrycia związku między stwierdzonymi przez siebie faktami. A. Markowa.

Bataski. **O leczeniu rzucawki porodowej zapomocą nakłucia lędźwiowego.** (Annales de gynec. et d'obstétr. 1912, styczeń). Wysnuwając wniosek z prac o znaczeniu zmian w ciśnieniu krwi w tętnicach, postanowił autor zmodyfikować leczenie rzucawki porodowej. Mianowicie tam, gdzie w przebiegu rzucawki stwierdzał objawy stale wzmożonego ciśnienia tętniczego, stosował prócz środków narkotycznych i dyety mlecznej pozbawionej soli nakłucie lędźwiowe zamiast praktykowanego dotąd upustu krwi z żyły. Metodę tę stosował w 2 przypadkach rzucawki, z których jeden wystąpił u wieloródki pod koniec ciąży, a drugi u pierwiastki w przebiegu porodu, i raz u ciężarnej pierwiastki w 6. miesiącu, gdzie wystąpiły objawy zapowiadające rzucawkę. Wydobył 35, 25 i 20 cm^3 płynu mózgowordzeniowego, który wytryskał w silnym promieniu. Płyn ten zawierał znaczne ilości białka, poza tem nie był jednak badany. Objawy rzucawki ustępowały natych-

miast. Wszystkie chore zostały wyleczone, a w trzecim przypadku płód w łonie matki utrzymany przy życiu.

A. Markowa.

Planchu. **O związku między śmiertelnością płodów przedwcześnie urodzonych, a przyczyną porodu przedwczesnego.** (Archives mens. d'obstetr. et de gynéc. styczeń 1912). Autor badał związek, zachodzący między śmiertelnością płodów przedwcześnie urodzonych, a przyczyną porodu przedwczesnego, na materyale dotyczącym 541 noworodków. Pod uwagę brał tylko te, które ważyły powyżej 1500 gramów, a daty kliniczne dotyczące matek i prawdopodobnych przyczyn porodu przedwczesnego miał w 179 przypadkach. Według tych danych rozstrzygający wpływ na przyszłość noworodka wywiera kiła i gruźlica. Przy kile zmarło na 16 przedwcześnie urodzonych 11, t. j. śmiertelność w korzystnych warunkach (żywienie piersią, leczenie rtęcią) wynosi 68%. 41 przypadków odnosi się do gruźlicy. Przyrost dzienny noworodków ważących 1500—1700, stanowi 5—8 gr., powyżej 1700—18 gr., powyżej 2250 przyrost taki sam, jak u przedwcześnie urodzonych, a pochodzących z matek zdrowych. Chorobliwość znaczna, dotyczy głównie przewodu pokarmowego i oddechowego. Śmiertelność = 14·6%. Przyczyną śmierci najczęstszą jest zapalenie płuc i oskrzeli.

Powodami przedwczesnego porodu, nie wywierającymi jednak zarazem wpływu na żywotność i śmiertelność noworodków, są stany chorobowe serca i nerek matki, ciąża bliźniacza, sprawy przypadkowe i t. d. Za typ można uważać noworodka, pochodzącego z ciąży bliźniaczej. Autor spostrzegał 47 przypadków. Dzienny przyrost: 12, 18, 20 gr., zależnie od pierwotnej wagi. Nieznaczne obniżenie ciepłoty ustępuje nawet bez pomocy cieplarki (couveuse) w sali, ogrzanej do 18—20°. Chorobliwość nieznaczna, śmiertelność nietypowa = 4·2%. Dzieci, przedwcześnie urodzone wskutek zabiegów położniczych, miały się dobrze (26 przypadków). Białkomocz i wada serca matki również nie wywierały ujemnego wpływu na noworodki.

A. Markowa.

Okulistyka.

Żwikowski. **O południkach miarowych oczu niezbornych.** (Postęp okul. 1911, Nr III—IV). Autor rozpatruje optyczne stosunki oczu niezbornych pod jednym tylko względem, mianowicie zwraca uwagę na zachowanie się południków miarowych. W przypadkach niezborności mieszanej (astigmatismus mixtus, hyperopico-myopicus) istnieją dwa południki główne, odpowiadające najsilniejszej (Mp) i najsłabszej (Hp) refrakcyi, oraz dwa południki o refrakcyi miarowej (Em). Południki te przebiegają w jednakowej odległości kątowej od obydwu południków głównych t. j. pod 45° od nich, — jeśli stopień krótkowidztwa w jednym południku głównym równa się stopniowi nadmiarowości oka w drugim. Jeśli zaś południki krótkowzroczny i nadwzroczny mają niejednaką ilość dyoptryi, to południki miarowe zbliżają się do tego z głównych, który ma mniejszą ilość dyoptryi, który zatem bardziej jest zbliżony do miarowości oka (emmetropii). Widzimy z tego zarazem, że południki miarowe tylko wtedy są prostopadłe względem siebie, gdy główne mają jednaki stopień ametropii, w przeciwnym razie kąt między nimi nie jest prosty. Pod wpływem akomodacyi, która zwiększa niedomiarowość w południku krótkowzrocznym, natomiast zmiejsza nadmiarowość w południku nadwzrocznym, południki miarowe wykonują ruch, zbliżając się ku temu ostatniemu, a wreszcie spływają z nim w jeden południk miarowy w chwili, gdy akomodacya wyrówna zupełnie nadmiarowość. Przy dalszem napięciu akomodacyi znika i ten jedyny południk miarowy. Autor porównywa ruchy południków miarowych przy napięciu i zwolnieniu akomodacyi z ruchami, jakie wykonują szczęki zamykanych i rozwieranych nożyc. W analogiczny sposób rozpatruje autor zachowanie się południków miarowych w różnych innych rodzajachn iezborności. K. W. Majewski.

Noiszewski. **Leczenie kataforezą galwaniczną ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki i poza plamkowych w naczyniówce.** (Postęp okul. 1911, Nr 11—12). Kataforezą nazywamy wprowadzanie leków do ustroju przez nieuszkodzoną skórę zapomocą prądu galwanicznego. Wiadomo, że prąd elektryczny może przenosić cząsteczki ciał od anody do katody, jak to widzimy na cząsteczkach węgla w lampie łukowej Davyego. Przemieszczenia cieczy w tymże kierunku dowiódł Quincke. Kühne spostrzegał przesuwanie się treści żywego włókna mięśniowego w kierunku od anody do katody. Należy zaznaczyć, że przemieszczeniu ulegają nietylko ciecze nieulegające rozkładowi, ale i elektrolity, przytem jedne ze składników mogą być wprowadzone w głąb ciała tylko przez anodę (np. metale i alkaloidy), drugie tylko przez katodę (np. kwasy i metaloidy). Richardson używał jako elektrody kawałka zwykłej gąbki, napojonej rozczynem leku. Wagner i Lewandowski wprowadzali w ten sposób do tkanek przez nieuszkodzoną skórę rozczyn kokainy i uzyskiwali głębokie znieczulenie, Munk roczyny jodku potasu i chininy, stwierdzając następnie ich obecność w ślinie i w moczu, inni tą samą drogą przez nienaruszone powłoki zatruwali strychniną króliki, które ginęły już po upływie kilku minut.

W przypadkach ognisk poudarowych w plamce żółtej, zwłaszcza, jeśli ubytek w polu widzenia jest niezupełny i dodatni (scotoma relativum et positivum), co świadczy o częściowem przynajmniej zachowaniu wrażliwych składników siatkówki, stosuje autor od dawna z powodzeniem kataforezę przy użyciu podanej przez siebie hydroelektrody. Dobre wyniki, tym sposobem uzyskiwane, objaśnia on tem, że prąd, przenosząc ciecze i cząstki stałe od anody do katody, usuwa resztki pokrwotoczne i pozapalne z jamki naośnej siatkówki. Równocześnie wchodzi w grę niewątpliwie pewnego stopnia jonizacya, a w zachowanych częściach ożywcze działanie katalityczne. W przypadkach, gdzie odrazu nastąpiło znaczniejsze zniszczenie tkanki siatkówkowej, czemu zwykle towarzyszy »scotoma centrale absolutum et negativum«, nie można się oczywiście spodziewać większych skutków po kataforezie. K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 14 lutego 1912 r.

Przewodniczący Dr Janiszewski. Obecnych 100.

1) Prof. Rosner wygłosił wykład: **Z pogranicza położnictwa i chirurgii.**

Prelegent powołuje się na szereg przypadków klinicznych, które należały do dziedziny granicznej tych dwóch działów medycyny i wybiera z pośród nich dla dokładniejszego omówienia tylko te, w których ciąża wikłała się zapaleniem wyrostka robakowatego ślepej kiszki. Sprawą tą zajmował się prelegent dokładniej przed 10 laty i opublikował odnośne spostrzeżenia i uwagi w »Przeglądzie chirurgicznym«. Do opisanych tam przypadków dołącza obecnie sześć nowych, których historye chorób podaje w skróceniu. Zastanawiając się nad wpływem wzajemnym ciąży, porodu i połogu na zapalenie wyrostka, dochodzi R. do przekonania, że choć ciąża nie może wywołać tej choroby u osoby przedtem zdrowej, niemniej może spowodować nawrót tego cierpienia u ciężarnej, która przed ciążą przebywała zapalenie wyrostka. Szczególną skłonność do takiego nawrotu okazują ciężarne między 3. a 6. miesiącem ciąży, co wynika z zestawień statystycznych. Różnica cyfrowa, ilustrująca tę skłonność właśnie w tych środkowych miesiącach, jest tak uderzająca, że nie może być przypadkowa i zmusza do zastanowienia się nad przyczyną tego

zjawiska. Prelegent powołuje się na tablice, przedstawiające topografię jamy brzusznej kobiety ciężarnej (Varniera) i rysunki przekrojów przez ciało ciężarnej (Waldeyera) i wypowiada przekonanie, że przesuwanie kiszek ku górze i na lewo, zaczynające się w 3. miesiącu, stwarza ową skłonność do napadu.

Po dokonanem odsunięciu ruchomych pętli pozostaje po stronie prawej i poza macicą tylko ślepa kiszka z kawałkiem kiszki grubej wstępującej i jelita biodrowego i leżąc tam narażona jest na urazy ze strony macicy i płodu.

Przebieg raz powstałej choroby jest zdaniem prelegenta cięższy podczas ciąży, niż poza nią. Dowodzą tego zestawienia statystyczne, wykazujące cztery razy większą śmiertelność podczas ciąży. Na dwóch tablicach zestawił prelegent cyfry, ilustrujące wyniki leczenia zachowawczego i operacyjnego zapalenia wyrostka w ciąży i połogu. Przyczyny tej szczególnej ciężkości przebiegu dopatruje się R. w kilku okolicznościach. Za najważniejszą uważa to, że macica sąsiaduje bezpośrednio z ogniskiem zapalnem (ropniem), a ściana jej, zadrażniona w swojej otrzewnej, popada w skurcze, które ze swojej strony rozrywają otorbiające ropień zlepy. To też zwykle bezpośrednio po porodzie lub poronieniu zjawiają się objawy ogólnego zapalenia otrzewnej. Drugim ważnym czynnikiem jest fakt, że sieć, podniesiona przez macicę do góry, nie może się dostać do ogniska zapalnego i nie bierze przez to udziału w ochronnem otorbieniu ogniska. Sieci przypisuje prelegent wielkie znaczenie w przypadkach niepowikłanych ciążą i choć czasem właśnie ta sieć przyczynia się do uogólnienia zakażenia (zakrzep ropny naczyń w sieci), niemniej naogół znaczenie jej udziału w otorbieniu jest bardzo dodatnie. Wykluczenie tego czynnika w ciąży przyczynia się zdaniem prelegenta w wysokim stopniu do ciężkości przebiegu choroby. Do pewnego stopnia odgrywają tu także rolę ruchy płodu i towarzyszące ciąży zaparcie stolca.

R. omawia następnie wpływ zapalenia wyrostka na ciążę i zwraca uwagę na niezmierną częstość poronień i śmierci płodu podczas ciąży, sprawą tą powikłanej. W ostatnim przypadku, jaki spostrzegał, znalazł u płodu nieżywego czystą hodowlę prątka okrężnicy we krwi płodowej, w łożysku i w sercu. Podobne spostrzeżenie opisał Pinard. W przypadku Rosnera w ropie w otrzewnej był oprócz prątka okrężnicy paciorkowiec ropny.

Szczegółowo omawia R. rozpoznanie tego cierpienia w ciąży, a zwłaszcza w połogu. Istnienie dużego guza macicznego w ciąży, zasłaniającego ognisko zapalne, utrudnia rozpoznanie; w połogu natomiast nie myśli się najczęściej o zapaleniu wyrostka i rozpoznaje połogowe zapalenie otrzewnej. Przytoczywszy wszystkie cierpienia, mogące tu wchodzić w rachubę w rozpoznaniu różniczkowem, zwraca uwagę na te objawy, które najbardziej za zapaleniem wyrostka przemawiają, jak wybitny udział objawów ze strony przewodu pokarmowego w zbiorze objawów choroby, nagły początek i t. d.

W sprawie leczenia zajmuje R. stanowisko radykalne i domaga się możliwie rychłej operacyi. Z sześciu na wstępie przytoczonych przypadków pięć operowano jaknajwcześniej; wszystkie chore wyszły, dwie poroniły. U jednej operacya była spóźnioną i nie zdołała uratować chorej wobec istniejącego ogólnego zapalenia otrzewnej. Z przedstawionych przez R. tablic wyczytać można, że tylko wczesne operowanie poprawić może nad wyraz smutne rokowanie w tem cierpieniu podczas ciąży. Szczególna ciężkość przebiegu wzywa do szczególnie rychłego operowania, zanim skurcze macicy zerwą ochronne zlepy otrzewnej.

Prelegent omawia następnie pokrótce wpływ zapalenia wyrostka robakowatego na powstawanie cierpień ginekologicznych, jak n. p. zapaleń jajowodów i jajników. Szczególny nacisk kładzie R. na ciążę zewnątrzmaciczną i niepłodność i dochodzi do tej konkluzyi, że rozdział chirurgii, traktujący o zapaleniu wyrostka, powinien być podzielony na dwie części i osobno opisywać powikłania właściwe płci żeńskiej, gdyż z nich wynikają odrębne wskazania.

Choćby nawet przypadek zapalenia wyrostka sam przez się nie zmuszał do operacyi, fakt, że chodzi tu o kobietę i że choroba zagraża czynności części płciowych, przechylić musi szalę na korzyść leczenia doszczętnego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiali:

Prof. Kostanecki, który obszernie omówił stosunki anatomiczne ślepej kiszki, oraz wyrostka robaczkowego, podnosząc, iż nieraz w warunkach fizyologicznych spotykamy ślepą kiszkę nawet po lewej stronie brzucha, co dla rozpoznania zapalenia ma pierwszorzędne znaczenie.

Prof. Browicz: Prelegent zwrócił uwagę i położył nacisk na czasową zmianę topografii trzew brzusznych w czasie ciąży, a mianowicie na przesunięcie kątnicy z wyrostkiem robakowatym ku górze, na wpływ mechaniczny na położenie wyrostka robakowatego, mający znaczenie przy powstawaniu zapalenia wyrostka u ciężarnych. Nie ulega wątpliwości, że nieprawidłowości w położeniu wyrostka mogą mieć wpływ na powstawanie zapalenia wyrostka. Czasowa zmiana topografii kątnicy zależy jednak od bardzo częstych i w różnym stopniu napotykanych wrodzonych zboczeń w stanie kątnicy i jej przytwierdzenia na talerzu biodrowym. Spotyka się bowiem obok ściśle przytwierdzonej także w wyższym stopniu t. zw. kątnicę ruchomą, co na położenie i ułożenie wyrostka wpływ wywrzeć musi, a nieprawidłowości te wrodzone nie są wcale rzadkie. — Na powstawanie zapalenia wyrostka robakowatego wpływa jednak cały szereg czynników, szczegółów. Zapalenie wyrostka nie ma podstawy jednościowej ani pod względem bakteryologicznym, ani też anatomicznym, co Br. w zapowiedzianym na kwiecień wykładzie o etyologii wyrostka robakowatego obszernie przedstawi. (Streszczenie własne).

Prof. Kader zajmuje stanowisko radykalne i domaga się zgodnie z prelegentem możliwie rychłej operacyi przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Prof. Ciechanowski zwraca uwagę, że zewnątrzotrzewne położenie wyrostka zdaje się wcale nie być tak rzadkie, jak się pospolicie przypuszcza i jakby wynikało z przemówienia prof. Kadera. Uczyniwszy zastrzeżenie co do wartości statystyk wogóle i co do ostrożności, z jaką niemi należy się posługiwać, przypomina mowca wyniki badań, podjętych przez siebie wspólnie z Prof. Glińskim w Zakładzie anatomii patologicznej Prof. Browicza, a obejmujących 600 przypadków. (Badania te wyszły drukiem w »Pamiętniku Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie«). Wśród tych przypadków znajdował się wyrostek cały lub większa jego część zewnątrzotrzewnie w 8·4%, w czem liczono oczywiście tylko przypadki istotnie (a nie pozornie — wskutek zrostów) zewnątrzotrzewnego położenia. W przypadkach tych wyrostek najczęściej był ukryty w tkance pozakątniczej.

Kol. Blassberg w odpowiedzi na przemówienie Prof. Kadera podnosi, że wprawdzie nowoczesne prądy przyniosły racyonalny pęd do jak najrychlejszego operowania wyrostka przy zapaleniu, ale dążność ta nie jest dotąd ujęta w ściśle określone wskazania naukowe, analogiczne do wskazań n. p. położniczych. Winą tego jest obecny niedostateczny rozwój symptomatologii i dyagnostyki klinicznej, albowiem na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy nie możemy dostatecznie ocenić klinicznie stopnia sprawy zapalnej wyrostka, względnie stanu anatomo-patologicznego i wyróżnić na pewno, kiedy sprawa właściwie nadaje się do operacyi, a kiedy operacya mogłaby być zbyteczną. Dlatego dobre wyniki wczesnej operacyi z jednej strony, a mała szkoda, poniesiona przy ewentualnych zbytecznych zabiegach z drugiej strony, wywołuje praktyczny pęd do rychłej operacyi w interesie chorego. Przemy chorego do rychłej operacyi »na wszelki wypadek« tylko z powodu biernej niemożności oceny istotnego stanu i z praktycznej obawy przeliczenia się w szansach, po-

mimo, że według podań niektórych autorów w korzystnej statystyce chirurgów mieści się 10% usuniętych zdrowych wyrostków, i że $^3/_4$, a nawet $^4/_5$ ogółu ludzi przechodzi bezkarnie w życiu zapalenie wyrostka robaczkowego. Zabiegu chirurgicznego, uskutecznianego przy zapaleniach wyrostka, nie można też uważać za postępowanie ściśle zapobiegawcze, gdyż jako takie należałoby uważać wycinanie wyrostka robaczkowego u wszystkich zdrowych ludzi w celu ochrony przed schorzeniem. (Streszczenie własne).

Dr Engländer podnosi trudności rozpoznawcze przy zapaleniu wyrostka robaczkowego i przytacza przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego u młodej ciężarnej w VIII m. księżycowym, pierwiastki, która nigdy napadów zapalenia wyrostka nie miała. Nagle wystąpiły u niej bóle dołem brzucha, bez gorączki i bez przyspieszenia tętna, wzdęcia brzucha i wymiotów. Bóle te po lewatywach ustąpiły. Gdy ósmego dnia chora się z łóżka podniosła, zemdlała, a w parę godzin później wystąpiła gorączka 39,4°C, przyspieszenie tętna, wzdęcie w okolicy żołądka i wymioty niekałowe. Wobec tego rozpoznał Dr Engländer przedziurawienie wyrostka, co następowa operacya potwierdziła. Wyrostek robaczkowy leżał obumarły wolno w jamie brzusznej.

Zastępca sekretarza dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

79. Ogólne Zebranie w dniu 29. stycznia 1912.

Obecni jako goście: Prezydent miasta p. Władysław Modzelewski, Radni honorowi miasta pp Wacław Dębowski, Stefan Hempel, Antoni Rakowski i Karol Staniszewski, inżynier m. Radomia p. Józef Wesołowski, inżynier m. Zamościa p. Władysław Lucht i redaktor »Gazety radomskiej« p. Szczęsny Jastrzębowski; członkowie Towarzystwa w liczbie 22.

Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. Henryk Fidler, który wita zebranych i dziękuje gościom za przyjęcie zaproszenia.

Kol. Sekretarz odczytuje protokół poprzedniego Zebrania, który po dopełnieniu przyjęto.

Kol. Przewodniczący omawia zarys projektu **szpitala dziecięcego** im. hr. Ożarowskich w Radomiu, zaznaczając, że dotąd szpitale wogóle nie cieszyły się poparciem i uznaniem publiczności, natomiast zagranicą już oddawna przestały być składem dla nieuleczalnych i postrachem ludności, Obecnie szpital powinien leczyć, wracać zdolność do pracy. być domem izolacyjnym w razie wybuchu epidemii. Dzień dzisiejszy uważa kol. Przewodniczący za znamienny, widząc przedstawicieli społeczeństwa, zebranych wspólnie z lekarzami w celu omówienia ważnych spraw i w tym celu odczytuje zarys projektu szpitala dziecięcego, opracowany na pięciu uprzednich Zebraniach Ogólnych członków radomskiego Towarzystwa lekarskiego i otwiera dyskusyę nad projektem.

Inż. p. Wesołowski przedstawia plan nabytego placu przy ulicy Lubelskiej, omawiając jego zalety i wady.

Kol. Przewodniczący podnosi pytanie, na ile łóżeczek ma być szpital budowany. — Po dłuższych rozprawach zdecydowano, że na 50, przyczem inż. p. Lucht ze swej strony zaznacza, że wszelkie dobudówki, rozszerzania późniejsze bardzo drogo kosztują, szpecą podczas robót instytucyę i utrudniają jej działanie i że lepiej ponieść większy wydatek odrazu, aniżeli potem stale od czasu do czasu prowadzić roboty. — Kol. Pełczyński dodaje, że w szpitalu im. Vetterów w Lublinie powstało 20 łóżeczek więcej skutkiem złożenia przez kilku ofiarodawców po 3000 rubli na utrzymanie każdego łóżeczka. Jeżeli Lublin mógł zdobyć się na coś podobnego, to można mieć nadzieję, że i Radom nie da się wyprzedzić. — Kol. Przewodniczący zaznacza, że czy szpitalik będzie budowany na 50, czy na 30 łóżeczek, zawsze funduszów na utrzymanie nie wystarczy i trzeba będzie myśleć o ich zdobywaniu, czy to biorąc opłatę od chorych, czy to uciekając się do Towarzystwa Pomocy Szpitala. — Radni honorowi miejscy pp. Rakowski i Staniszewski są za 50 łóżeczkami, zaznaczając, że na początek może być obsługiwane 30 łóżeczek, a w miarę rozwoju można będzie ilość łóżeczek powiększyć.

Kol. Przychodzki zapytuje, czyby ze względu na mający nastąpić samorząd miejski, miasto Radom nie mogło udzielić jakiejś stałej zapomogi dla szpitala od siebie. — Prezydent miasta p. Modzelewski zapytuje, czy koszta leczenia będzie można ściągać z gmin. O ile wie z obecnej praktyki, zawsze jakaś połowa zaległych należności w ten sposób bywa ściągana. Jakie będą atrybucye samorządu, nie wie, obecnie jednak oświadcza, że Władze nie są za rozpraszaniem funduszów miejskich. — Radny miasta p. Staniszewski zaznacza, że w Rosyi szpitale wogóle są utrzymywane przez samorząd ziemski, nie miejski, można się tedy spodziewać, że i u nas, o ile samorząd będzie wprowadzony, będzie to samo. — Kol. Przewodniczący odpowiada, że w pierwotnej redakcyi ustawy szpitala, mianowicie w § 20 jest mowa, że »wykaz należności za leczenie w szpitalu, nie zapłaconych dobrowolnie, komunikowany będzie przynajmniej co kwartał przez Zarząd szpitala gubernialnej Radzie Dobroczynności publicznej w Radomiu, która przystąpi do wyegzekwowania i t. d.«. Paragraf ten jednak jako niezgodny z istniejącem prawodawstwem, dla prawomocności którego należałoby ustawę przeprowadzić przez Izbę państwową, ulega wykreśleniu, Zarządowi zaś szpitala pozostaje jedynie droga sądowa.

Kol. Przewodniczący zaprasza zebranych do rozpatrzenia strony technicznej. — Co do kanalizacyi, to inżynier p. Lucht sądzi, że do czasu zaprowadzenia w Radomiu ogólnej kanalizacyi i wodociągów, najodpowiedniejsze będzie oczyszczanie wód zapomocą systemu biologicznego, jak to jest w Abacyi, Lublinie w szpitalu Vetterów i t. d. Co do ogrzewania jest inż. Lucht za ogrzewaniem zapomocą pieców, uważając, że ogrzewanie centralne jest niedostateczne, jak się o tem przekonał w Zamościu. Dalej prosi, by Towarzystwo dało ogólną dyrektywę, np. pod którymi budynkami są dopuszczalne piwnice, jaka ma być suszarnia, wanny, stropy i t. d. — Okazuje się, że piwnice być mogą pod ambulatoryum, pod budynkami gospodarczymi, że suszarnia ma być mechaniczna, wanny fajansowe, stropy żelazne na betonie. — Kol. Przychodzki zapytuje, czy nie będzie wilgoci w tych budynkach, gdzie nie będzie piwnic. — Inż. p. Lucht odpowiada, że można dać w tym celu wysoki cokół, przestrzeń wolną pod podłogą, a w ścianach warstwę izolacyjną. Co do wentylacyi, sądzi inż. Lucht, że ze względu na wodociąg można urządzić wentylatory turbinowe, jako tańsze od elektrycznych. — Kol. Pełczyński zapytuje, czy można dać w oddziałach zakaźnych sufity z gipsu i szkła wodnego. — Inż. p. Wesołowski odpowiada, że można, ale że to będzie drogo kosztować.

Dyskusyę nad stopą wynagrodzenia personalu lekarskiego szpitalnego na wniosek kol. Szczepaniaka postanowiono odłożyć do następnego zebrania.

Członek zarządu sekretarz T. Rakowski.

Zmiany projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Wniesiony przez Rząd w austryackiej Izbie Panów przed czterema laty (w listopadzie 1908) projekt ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych może rychlej, niż się zdawało, stać się obowiązującem prawem, albowiem na porządku dziennym posiedzenia Izby Panów w d. 28 b. m. znajduje się drugie czytanie projektu. Pierwotny projekt rządowy został uchwalony

przez Izbę Panów jeszcze w czerwcu 1909; komisya sanitarna Izby posłów rozpoczęła obrady nad ustawą w marcu 1911, zanim jednak uchwaliła pierwsze paragrafy, nastąpiło rozwiązanie Izby. Tymczasem, mimo że w Izbie posłów sprawa nie była w dalszym ciągu rozpatrywana, został projekt ponownie przez rząd w r. b. przedstawiony Izbie Panów, tym razem w zmienionej postaci.

Obrady obecne w Izbie Panów odbywać się będą na zasadzie sprawozdania i wniosków jej komisyi sanitarnej (z lutego 1912), której referentem był Radca Dworu prof. Dr Hlava, a która w zmienionym już projekcie rządowym wnosi dalsze jeszcze zmiany. Proponowane przez Rząd i przez komisyę zmiany uwzględniają w pewnej części propozycye, zawarte w orzeczeniach Najwyższej Rady zdrowia, w memoryałach lekarzy urzędowych i nieurzędowych, oraz Centralnego Wydziału higienicznego (Centralausschuss für öffentliche Gesundheitspflege) w Wiedniu, reprezentującego 11 Towarzystw, działających tam na polu higienicznem; sprawozdanie komisyi nie wspomina tu wcale o memoryale galicyjskiego Wydziału krajowego z r. 1909 (LW. 28.201/09), wniesionym do Rządu na zasadzie wyników odbytej wówczas w Wydziale krajowym ankiety. Z proponowanych zmian wnosić można, że memoryału tego rząd prawie wcale nie uwzględnił, natomiast wnioski komisyi Izby Panów (zwłaszcza jej referenta) w wielu punktach zgadzają się z postulatami memoryału galicyjskiego.

Uważając sprawę za dostatecznie znaną czytelnikom »Przeglądu« z dawniejszych artykułów [1]), wystarczy tu przypomnieć w kilku słowach najważniejsze wyniki ankiety krajowej z r. 1909. Streszczały się one w następujących żądaniach:

1) Należy w ustawie zastrzedz (w pewnych granicach) wpływ czynników autonomicznych (Wydziału krajowego) na rozporządzenia, dopełniające ustawę.

2) Do chorób, wyraźnie w ustawie wymienionych, należy dodać zakaźne zapalenia oczu (ansteckende Augenentzündungen), zakażenia połogowe (puerperale Infektionen) i odrę, a w niektórych §§ dodać (wśród chorób groźniejszych) płonicę.

3) I. Donoszenie o chorobie zakaźnej powinno w pewnych razach być podwójne (równocześnie do zarządów gminnych oraz do władz politycznych I. instancyi). II. Do donoszenia powinni być obowiązani także dozorcy sanitarni i duszpasterze. III. Wolne od opłaty pocztowej powinny być także doniesienia w listach poleconych i telegraficzne. IV. Specyalne meldunki powinny w okolicach nadgranicznych i mających żywy ruch wychodźczy zagranicę odbywać się z pomocą (finansową) rządu. V. Pożądane jest wynagradzanie doniesień lekarskich.

4) Lekarze epidemiczni powinni w razie zarażenia się otrzymać na czas choroby pobory VIII. rangi, w razie stąd nabytej niezdolności do pracy emeryturę tejże rangi, rodziny ich w razie śmierci — pensyę tejże rangi.

5) Do pomocy lekarzom powiatowym powinni być ustanowieni państwowi nadzorcy sanitarni.

6) Powinny być utworzone państwowe zakłady badania chorób zakaźnych.

7) Potrzebne są państwowe ruchome (barakowe) szpitale zakaźne dla czasowego zaopatrzenia miejscowości najsilniej dotkniętych epidemią.

8) Odosobnionym chorym należą się na koszt państwa żywność i opieka, odosobnionym zdrowym — środki zaspokojenia najważniejszych potrzeb (żywność, opał, światło).

9) Odszkodowanie za przedmioty zniszczone przy odkażeniu powinno przysługiwać także przy zgłoszeniu się strony ustnem, oraz przy zgłoszeniu się nietylko do starostwa. ale nawet tylko do organów wykonujących odkażanie. Termin zgłoszeń należy przedłużyć na 30 dni (zamiast 14).

10) Grzywny powinny wpływać do funduszu przeciwepidemicznego gminnego (złożonego w Wydziale krajowym i przezeń administrowanego).

11) Rozdział kosztów nie powinien dotyczyć przerzucenia pewnej części ciężarów na strony prywatne.

12) Skarb państwa powinien, prócz wymienionych w projekcie ustawy, ponosić koszta a) odkażania, b) żywności i opieki dla osób odosobnionych, a niezamożnych, — a dalej c) wynagrodzenia za doniesienia lekarskie, d) nadzorców sanitarnych, ich zaopatrzenia w razie choroby i emerytur, e) utrzymania lekarzy, którzy się przy zwalczaniu epidemii zarazili, przez czas choroby (Krankengeld), f) szpitali ruchomych, g) zakładów i stacyi badania chorób zakaźnych, h) specyalnych meldunków.

Zmieniając projekt ustawy, dodał Rząd do chorób podlegających obowiązkowi donoszenia, a wyraźnie wymienionych w § 1, jeszcze dwie, a mianowicie: jaglicę (trachoma) i gorączkę połogową (Wochenbettfieber). W tym względzie stało się zadość żądaniu, które oprócz ankiety galicyjskiej wyrażono z wielu innych stron. Wobec objęcia ustawą gorączki połogowej nałożono też obowiązek donoszenia o chorobie zakaźnej na położne, umieszczając je (w § 3) zaraz po lekarzach, natomiast opuszczono w zmienionym projekcie rządowym wśród obowiązanych do donoszenia — właścicieli gospod, hoteli i szynkarzy. Zawarować prawa czynników autonomicznych (według żądań ankiety i memoryału Wydziału kraj. galicyjskiego) ma postanowienie, dodane w § 6: »Co do kompetencyi i kolejności instancyi nie wprowadza ustawa niniejsza zmian«. W § 9 projektu dodano słusznie obowiązek donoszenia o dokonaniu odkażenia. W § 21 jest zmianą bardzo ważną uznanie (zgodnie z zapatrywaniem ankiety galicyjskiej), że przy zamykaniu przedsiębiorstw przemysłowych z powodu wybuchu groźnej choroby zakaźnej (mór, cholera, ospa, dur osutkowy, wąglik) jest zasięganie opinii inspektora przemysłowego zgoła zbyteczne. (Jak słusznie zauważa przy tej okazyi komisya sanitarna Izby Panów, miałaby taka opinia tylko wtedy znaczenie, gdyby w inspektoratach przemysłowych działali także lekarze, czego się oddawna domagają koła lekarskie i co komisya wprowadzić doradza). Prócz tych głównych zmian, ulepszono projekt rządowy (zgodnie z dawniejszemi uchwałami Izby Panów) w szeregu drobnych szczegółów, jak np. wymieniając płonicę, błonicę, dur plamisty, dur brzuszny w wielu paragrafach, które w pierwotnym projekcie dotyczyły tylko ospy, moru, cholery. Lekarzom epidemicznym podniesiono stopę zaopatrzenia w razie niezdolności do pracy (rodzinom w razie ich śmierci) z IX do VIII rangi, i t. p.

Stanowisko komisyi sanitarnej Izby Panów co do zwalczania gruźlicy i kiły zgadza się ze stanowiskiem, zajętem przez Rząd, mianowicie zdaniem komisyi sprawa ta musi być

[1]) Por. »Przegląd lekarski« 1907. Nr 41—43. i 45—49, 1909. Nr 10—12, 1911. Nr 18.

uregulowana w osobnych ustawach; przytem porusza komisya potrzebę ustawy o zwalczaniu alkoholizmu. Komisya, kładąc nacisk na to, że przy wybuchu choroby zakaźnej konieczna jest jaknajszybsza interwencya lekarza, wnosi zmianę § 5 projektu przynajmniej o tyle, aby władze musiały przeprowadzać dochodzenia i badania przy wybuchu zarazy przez swych lekarzy (durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ärzte), oraz podkreśla, że rozporządzenie wykonawcze do ustawy musi koniecznie przyznać większe pole ingerencyi lekarza i dokładnie określić kompetencye lekarzy powiatowych, gminnych i okręgowych. Co do zaopatrzenia lekarzy, zajętych zwalczaniem epidemii, i ich rodzin, to komisya rozszerza odpowiedni paragraf (34) także na lekarzy szpitali epidemicznych i oddziałów zakaźnych. Wniosek o zaopatrzenie personalu pomocniczego (dozorców chorych, dezynfekcyonaryuszy, grabarzy i t. p.), uczyniony (zgodnie z postulatami ankiety galicyjskiej) przez referenta (prof. Hlavę), komisya Izby Panów odrzuciła, wychodząc z zapatrywania, że zaopatrzenie to należy do obowiązków czynników autonomicznych. Również nie przyjęła komisya wniosku o dostarczenie kosztem państwa środków utrzymania osobom odosobnionym z powodu choroby zakaźnej, pozostawiając ten ciężar na barkach »funduszów ubogich«, zanim rzecz ta nie zostanie uregulowana przez ustawę o ubezpieczeniu społecznem. Aby choć trochę ulżyć w tej sprawie gminom, wniósł referent (prof. Hlava) przekazanie im (zamiast skarbowi państwa) wpływów z grzywien, komisya zaś Izby Panów uchwaliła to z tym dodatkiem, że fundusze te mają być używane na cele sanitarne (»für Zwecke der öffentlichen Sanitätspflege«, w zasadzie więc zgodnie z postulatami galicyjskimi).

Z drobniejszych zmian, proponowanych przez komisyę Izby Panów, zasługuje na podniesienie szczególny nacisk na zwalczanie chorób zakaźnych w zakładach, internatach i zdrojowiskach (odpowiedni dodatek w § 1 ustawy). Obowiązek donoszenia o gorączce połogowej (§ 2) ogranicza komisya tylko do przypadków całkiem stanowczo stwierdzonych. Drobny co do formy, ale praktycznie ważny jest wniosek komisyi o odosobnianie także osób, co do choroby zakaźnej podejrzanych (§ 8) i ostrzejsze sformułowanie postanowień o ewentualnem przeniesieniu chorych do szpitala (»ist durchzuführen« zamiast »ist anzuordnen«). Niemniej ważne jest dodanie bezwzględnego zakazu używania wody w przemyśle spożywczym (§ 11, zgodnie z żądaniem ankiety galicyjskiej), jakoteż ograniczenie ruchu czasowych mieszkańców (vorübergehende Niederlassungen) miejscowości zakażonych (§ 25). Sprawa ruchu robotników w okolicach zakażonych (poruszona w ankiecie galicyjskiej ze względu na emigracyę sezonową i powiaty nadgraniczne) nie da się, zdaniem komisyi, zmieścić w ramach ustawy; toteż postulat, aby zorganizowano należytą służbę wywiadowczą nadgraniczną, wykazywanie chorych robotników i t. d., podnosi komisya tylko jako dezyderat. Podobnież w postaci dezyderatu, nie włączonego do projektu ustawy o chorobach zakaźnych, znajduje się w sprawozdaniu komisyi żądanie, by w stolicy każdego kraju koronnego był państwowy zakład badania chorób zakaźnych (postulat ankiety galicyjskiej), zarazem zajmujący się wyrobem surowic leczniczych.

Wreszcie porusza komisya w swem sprawozdaniu sprawę asanacyi i urządzeń zapobiegawczych, któreby powinny być objęte ustawą o chorobach zakaźnych, jednakże w projekcie rządowym (ze względu na fundusze) zostały pominięte. W motywach pierwszego projektu wyrażał Rząd nadzieję, że sprawy te »postępować będą pomyślnie przez działalność czynników autonomicznych, okazujących już na tem polu znaczną ruchliwość«, czyli właściwie cały ogromny ten ciężar starał się od siebie odsunąć i przerzucić na fundusze krajów, powiatów i gmin. Komisya Izby Panów wyraża jednak zdanie, że Rząd powinien i tutaj rozpocząć pozytywną działalność. Projekt Centralnego Wydziału higienicznego w Wiedniu, aby państwo zwracało gminom wydatki, przekraczające 10% dodatków gminnych do podatków, a wyłożone na lokale izolacyjne i ich utrzymanie oraz na odkażanie dla obrony przed ospą, durem plamistym, cholerą i dżumą, — uważa komisya za środek tylko paliatywny i niepraktyczny (przekroczenie 10% dodatków gminnych nie daje właściwej miary, czy finansowa pomoc państwa jest dla danej gminy potrzebna, bo finansowa sprawność gmin może być różna). Natomiast za ważną i zalecenia godną uważa komisya myśl, aby Rząd wyznaczył (na wzór funduszu melioracyjnego) corocznie wzrastającą dotacyę na zapomogi dla słabszych finansowo gmin, celem zaopatrzenia ich w dobrą wodę i inne urządzenia asanacyjne. W tej myśli wnosi komisya rezolucyę, aby Rząd jaknajenergiczniej wspierał prace asanacyjne. W końcu wnosi komisya rezolucyę, aby Rząd jaknajrychlej przedłożył ustawę o szczepieniu krowianką.

Nie ulega wątpliwości, że dzięki komisyi sanitarnej Izby Panów, a zwłaszcza jej referentowi, zyskał projekt ustawy o chorobach zakaźnych wiele zmian i postanowień, które wyjdą na korzyść także naszemu krajowi, ułatwiając dostosowanie ustawy do stosunków galicyjskich, w wielu względach odmiennych od stosunków w innych krajach Austryi. Te poprawki projektu, które dla nas mają znaczenie szczególnie doniosłe, zbyteczna tu raz jeszcze osobno zestawiać. Natomiast wskazać należy na ważne, zgodne z naszymi postulatami, wnioski referenta prof. Hlavy, przez komisyę Izby Panów nie przyjęte: o zaopatrzenie personalu pomocniczego w razie choroby i niezdolności do pracy, a zwłaszcza o dostarczenie kosztem państwa środków zaspokojenia najważniejszych potrzeb osobom, odosobnionym z powodu choroby zakaźnej Szczególnie ten drugi wniosek ma w naszych warunkach tak wielką doniosłość, że polscy członkowie Izby Panów powinniby wznowić wnioski w tym względzie, które w komisyi sanitarnej Izby nie uzyskały większości. Tosamo odnosi się do tych postulatów, poruszonych przez ankietę krajową, które komisya Izby Panów przedkłada tylko w formie dezyderatów lub conajwyżej rezolucyi: o finansowem poparciu prac asanacyjnych przez rząd, o założeniu państwowych zakładów badania chorób zakaźnych, o zorganizowaniu należytej państwowej służby wywiadowczej (meldunków) w pasie nadgranicznym i co do ruchu robotników (emigracya sezonowa). Skoro sprawy te raz już zostały przez komisyę Izby Panów lub jej referenta poruszone i włączone do sprawozdania komisyi, to należałoby tę pomyślną okoliczność wyzyskać, a może powiodłoby sie jeszcze przynajmniej niektóre z tych rzeczy wprowadzić do ustawy (n. p. w formie, proponowanej przez ankietę i memoryał Wydziału krajowego galicyjskiego).

Niepodobna natomiast byłoby obecnie, po wejściu sprawozdania komisyi przed plenum Izby Panów, uzyskać poprawki w innych punktach, poruszonych przez ankietę i memoryał Wydziału krajowego, a zupełnie dotychczas nieuwzględnionych.

Z ważniejszych postulatów należą tu: zastrzeżenie w ustawie możności podwójnego donoszenia (do gmin oraz do władzy politycznej I. instancyi), obowiązek donoszenia duszpasterzy (Matrikelführer), ustanowienie państwowych dozorców sanitarnych, dalej bardzo dla nas ważne państwowe ruchome szpitale epidemiczne, złagodzenie postanowień o odszkodowaniu za przedmioty zniszczone przy odkażaniu i o karach, a w końcu ponoszenie przez państwo (przynajmniej częściowo) kosztów odkażania.

Gdy projekt po przejściu przez Izbę Panów powróci ponownie do Izby Posłów, byłoby obowiązkiem posłów galicyjskich przeprowadzenie w projekcie ustawy odpowiednich poprawek.

Bez objęcia ustawą przynajmniej części tych postulatów, dla nas ważnych, a których obecny projekt ustawy, poprawiony przez komisyę Izby Panów, nie uwzględnia, będzie wykonanie ustawy w Galicyi natrafiać nieraz na znaczne, gdzieindziej nieznane trudności, działanie jej będzie mniej skuteczne, a kraj nasz może być obarczony nadmiernym ciężarem finansowym.

Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w dniu 20. III. posiedzenie, na którem prof. dr K. Olszewski miał wykład: »O postępach w skraplaniu gazów«.

— Dyplom doktorski uzyskali pp.: Leon Goldgart z Krakowa, Marya Kragenówna z Podgórza, Eugeniusz Piestrzyński z Kalisza, Zbigniew Czarnek z Jarosławia i Bolesław Okuljar z Warszawy,

— W »Słowie lekarskiem« (Nr. 5) podaje dr Grzegorz Grzybowski projekt, by do większych miast prowincyonalnych na zebrania kół lekarskich przybywali prelegenci z miast stołecznych z wykładami naukowymi. (W tym względzie podejmowano już próby w kilku Towarzystwach lekarskich prowincyonalnych Królestwa polskiego, zapraszając prelegentów z Warszawy i w kilku Oddziałach Towarzystwa lekarzy galicyjskich w Galicyi wschodniej z pomocą prelegentów ze Lwowa).

- - Na posiedzeniu Izby posłów parlamentu austryackiego w dniu 19. III., odczytano interpelacyę pos. Germana i tow. w sprawie stosunków w Krynicy. Interpelacya, wystosowana do ministra rolnictwa, zapytuje go, czy znane mu są opłakane stosunki, panujące w Krynicy, brak odpowiednich urządzeń kolejowych, brak zdrowej wody do picia, dalej, czy minister zamierza przynaglić referentów, aby sprawę tej miejscowości kąpielowej szybko załatwili i czy gotów jest polecić, aby odpowiednie roboty jaknajszybciej wykonano ze względu na zbliżający się sezon kąpielowy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. III. do 16. III. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej —, płonicy 4 † — (1 † 2), odry 6 † 2, duru brzusznego 5 † — (2 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 1 † 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 11. III. do 18. III. 1912 przypadków: ospy 1 † 2, płonicy — † —, duru brzusznego — † —, duru osutkowego — † —, róży 1 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W »Polskim Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu miał w Wydziale technicznym inż. Kotarski wykład: »O robotach wiertniczych, wykonanych przy studyach nad projektem kanalizacyi Petersburga i wodociągu z Ładogi«. Wydział przystępuje do utworzenia komisyi informacyjnej w sprawach technicznych.

— Niemieckie Towarzystwo »miast ogrodów« (Deutsche Gartenstadtgesellschaft, Berlin, Schlachtensee) urządza w sierpniu r. b. czwartą wycieczkę naukową do Anglii dla zwiedzenia istniejących tam »miast ogrodów«, będących wyrazem nowoczesnych postępów w zakresie kultury higienicznej. Wycieczka zwiedzi Earswick pod Yorkiem, Sunlight pod Liverpoolem, miasto robotnicze Bournville pod Birnighamem i osady ogrodowe pod Londynem (Letchworth, Hampstead i i.). Oprócz tego zwiedzi wycieczka inne urządzenia społeczno-higieniczne (schroniska dla bezżennych, domy dla robotników, szkoły i t. d.). Zgłoszenia przyjmuje p. Adolf Otto (Berlin-Schlachtensee). W dotychczasowych wycieczkach uczestniczyło 380 osób, w tem 25 lekarzy. Koszta 11-dniowej wycieczki 300 Marek.

— W Austryi praktykuje (r. 1911) 13.264 lekarzy, czyli 4·6 lekarzy na 1000 mieszkańców, a 4·42 na 10 kwadr. kilometrów. Zmniejszyła się o 2—3% liczba lekarzy na prowincyi, a zwiększyła się w miastach (zwłaszcza w Krakowie, Lwowie i Gracu) o 5—8%. Liczba lekarek wynosi 100. Na 10.000 mieszkańców liczą lekarzy: Wiedeń 14·9, Praga 16·3, Lwów 19, Kraków 21·6, Ołomuniec 27·7. X.

— Dolnoaustryacki Sejm przeznaczył 10.000 koron dla lekarzy okręgowych jako stypendya na kursa uzupełniające w klinikach. Sejm śląski w tymże celu przeznaczył 3.000 koron. X.

Zmarli: Dr Władysław Śmiechowski w 77 r. ż. w Warszawie, Dr Helena Sieczkowska, lekarka szpitala w Münsingen w Szwajcaryi w 36 r. ż., Dr Adam Krzystałowicz, emer. lekarz powiatowy w 81 r. ż. w Sanoku.

Uzupełnienie do artykułu p. t. **Stan obecny szpitalnictwa w Łodzi**, podał Dr H. Trenkner.

Ruch chorych w r. 1911 w miejskim Szpitalu dla chorych zakaźnych w Łodzi.

Rodzaj choroby	Pozostało z r. 1910				Przybyło w r. 1911				Wyzdrowiało				Zmarło				% zmarłych	Podług wyznania						Ilość dni szpitalnych	Pozostało na r. 1912			
	Dorosłych: Mężczyzn	Dorosłych: Kobiet	Dzieci	Ogółem	Dorosłych: Mężczyzn	Dorosłych: Kobiet	Dzieci	Ogółem	Dorosłych: Mężczyzn	Dorosłych: Kobiet	Dzieci	Ogółem	Dorosłych: Mężczyzn	Dorosłych: Kobiet	Dzieci	Ogółem		Prawosławnych	Katolików	Ewangielików	Żydów	Mahometan	Ogółem		Dorosłych: Mężczyzn	Dorosłych: Kobiet	Dzieci	Ogółem
Ospa	3	2	1	6	127	103	111	341	97	75	73	245	23	22	30	75	21,6	9	206	35	97	—	347	6860	10	8	9	27
Płonica	1	5	8	14	14	27	67	108	13	30	59	102	—	1	13	14	11,5	1	93	10	18	—	122	3439	2	1	3	6
Dur plamisty	—	—	—	—	1	1	—	2	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	1	1	—	—	2	16	—	—	—	—
Dur brzuszny	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	2	—	2	18	—	—	—	—
Róża	—	—	—	—	11	21	—	32	7	20	—	27	3	1	—	4	12,5	3	25	1	2	1	32	515	1	—	—	1
Odra	—	—	—	—	—	1	5	6	—	1	5	6	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	6	16	—	—	—	—
Ropnica	—	—	—	—	1	1	—	2	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	1	—	1	—	2	4	—	—	—	—
Błonica	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	36	—	—	—	—
	4	7	9	20	154	155	185	494	119	126	138	383	26	27	44	97		13	332	47	121	1	514	10904	13	9	12	34

Sprostowanie:

W Nrze 10. »Przeglądu lekarskiego« podano (wskutek błędnego zrozumienia pytania w kwestyonaryuszu) mylną wiadomość, że szpital w Widzewie nie posiada własnych urządzeń do wyjaławiania materyałów opatrunkowych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 27. marca 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Doc. Dr Z. Radliński: Dyagnostyka funkcyonalna nerek.

Rok LI. Kraków, dnia 30. marca 1912. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O rozpoznawaniu śmierci z uduszenia gwałtownego

podał

Prof. L. Wachholz (Kraków).

Są tematy, które, choć już rozstrzygnięte, nie tracą na aktualnem znaczeniu. Znaczenie ich bywa tem większe, im większa ich praktyczna doniosłość i im mniejsze ich zrozumienie. Do takich tematów należy dyagnostyka śmierci z gwałtownego uduszenia. Gdyby przyszło sądzić o częstości istotnej przypadków gwałtownego uduszenia z częstości rozpoznawania go przez praktycznych lekarzy sądowych, musiałoby się dojść do sądu błędnego, albowiem nigdzie tyle się nie spotyka błędnych rozpoznań, jak właśnie na temat gwałtownego uduszenia. Dlatego usprawiedliwionych będzie tych kilka uwag.

Lekarza sądowego zajmuje przedewszystkiem śmierć z uduszenia gwałtownego, które musi on umieć odróżnić od uduszenia w ogólnem znaczeniu słowa. Między ogólnem pojęciem uduszenia a pojęciem uduszenia gwałtownego zachodzi taka sama różnica, jak np. między pojęciem chorób płucnych a pojęciem zapalenia płuc. Pojęcie uduszenia jest ogólne, zaś pojęcie uduszenia gwałtownego już ściśle ze względu na sposób powstania określone. Przez uduszenie wogóle rozumiemy zniesienie oddechowej wymiany gazów, zakończone śmiercią. Jeżeli rozpatrzymy przeróżne zejścia śmiertelne człowieka, to dojdziemy do przekonania, że ostateczną ich przyczyną jest raz ustanie oddychania, innym razem ustanie czynności serca, czyli w pierwszym razie uduszenie, w drugim razie pierwotne porażenie serca. To uduszenie zaś może być wywołane chorobami np. krtani, płuc, serca i t. d. lub w sposób mechaniczny, gwałtowny tak, jak i porażenie serca może nastąpić pierwotnie z rozmaitych powodów. W tem zatem ogólnem pojęciu rozpoznanie uduszenia jako przyczyny śmierci ma, jak to trafnie zaznaczył Puppe, znaczenie równe rozpoznaniu czyli stwierdzeniu śmierci zaszłej u danego człowieka.

Już więc z tego powodu, że uduszenie może być wynikiem działania najrozmaitszych, ze sobą nic wspólnego nie mających przyczyn, nie podobna spodziewać się jednolitego obrazu anatomicznego dla uduszenia w ogólnem znaczeniu, a właśnie lekarzowi sądowemu o ten obraz chodzi. Z braku odróżnienia pojęcia uduszenia wogóle a uduszenia gwałtownego wynika u lekarza sądowego to błędne przekonanie, że uduszenie musi jako takie mieć swoisty, jednolity obraz anatomiczny, taki, jaki ma np. zapalenie włóknikowe płuc lub np. dur brzuszny i t. d. W początkach praktyki swej zagląda tedy skwapliwie do podręcznika i rozczytawszy się w opisie pośmiertnego stanu narządów osób uduszonych, dochodzi do przekonania, że zawartość w sercu i żyłach wielkich płynnej i ciemnej krwi, przekrwienie płuc, a nadewszystko obecność wybroczyn podopłucnych stanowią klasyczny i niewzruszony stygmat, anatomiczny obraz śmierci z uduszenia, który go tem samem uprawnia do orzeczenia, iż dany człowiek zmarł wskutek uduszenia gwałtownego.

Tymczasem wiemy z doświadczenia codziennego, że zawartość pośmiertna płynnej krwi w sercu i wielkich żyłach zdarza się w przypadkach nagłej śmierci bez względu na jej przyczynę, a więc może ona tak dobrze istnieć przy uduszeniu wogóle, a zatem i przy gwałtownem uduszeniu, jak i przy każdym innym rodzaju śmierci, jeżeli śmierć nastąpiła nagle, nie poprzedzona dłuższem konaniem. Ponadto wiemy, że jak każda reguła, tak i ta dopuszcza wyjątki i nieraz już w notorycznych przypadkach śmierci z gwałtownego uduszenia stwierdzono w zwłokach obecność skrzepów krwi, nawet bezbarwnych. Przekrwienie narządów wewnętrznych, w szczególności przekrwienie opon mózgowych i mózgu oraz płuc może istnieć w przypadkach śmierci zaszłej z różnych przyczyn, a może właśnie nie istnieć w przypadku śmierci z gwałtownego uduszenia. Już Maschka znalazł przekrwienie płuc tylko w 57% swoich przypadków śmierci z uduszenia gwałtownego, Reuter niedawno zaledwie tylko w 18% pokaźnej liczby przypadków, poddanych sekcyi w wiedeńskim zakładzie sądowo-lekarskim. Odnośnie zaś do śledziony, to już Szabiński stwierdził, że bywa ona w większości przypadków śmierci z gwałtownego uduszenia niedokrwiona, a spostrzeżenie to potwierdził w całości Reuter. W ten sposób odpada znaczenie drugiej wrzekomej cechy anatomicznej uduszenia gwałtownego. Nie lepiej przedstawia się znaczenie wybroczyn pod błonami surowiczemi, które Tardieu uznał za znamienne (patognomoniczne) dla uduszenia przez zatkanie otworów oddechowych. Dziwna zaiste rzecz, jak wszelkie na pomyłce oparte zdania i sądy w lot się przyjmują i jak mimo ich obalenia dalej się snują z pokolenia w pokolenie. Gdyby Tardieu był wiedział, że błędny jego sąd będzie tak długo po sprostowaniu go nawet podstawą stanowczych orzeczeń lekarskich, które pociągają następnie osoby niewinne do ciężkiej odpowiedzialności sądowej, byłby mógł

się przekonać na sobie o prawdziwości słów Göthego: »Czegoś nieświadom, tem mogłeś usłużyć, to czegoś świadom, nie dało się użyć«. A więc nie da się użyć obecności wybroczyn podsurowiczych jako dowodu śmierci z uduszenia gwałtownego, bo spotyka się je bardzo często i to w przypadkach, nie mających nic wspólnego z uduszeniem gwałtownem, a nawet z uduszeniem w ogólnem znaczeniu słowa; wszakże A. Schulz zauważył je nawet u zwierząt, padłych wskutek pierwotnego porażenia serca po otruciu strofantyną, a Haberda u człowieka, który także zmarł z pierwotnego porażenia serca.

A więc niema żadnych anatomicznych wewnętrznych cech, któreby uprawniały znawcę do rozpoznania uduszenia w ogólnem znaczeniu słowa. Zresztą, jak już na wstępie zaznaczyłem, rozpoznanie ogólne uduszenia nie dowodzi nic nad to, że w danym przypadku nastąpiła śmierć. Jeżeli atoli mamy rozpoznać uduszenie, wywołane mechanicznym zewnętrznym gwałtem, to musimy stwierdzić anatomiczne zmiany, gwałtem tym wywołane, a więc obrażenia, dowodzące czy to zagardlenia w jego różnych odmianach (powieszenie, zadzierżgnięcie, zadławienie), czy to zatkania ust i nosa, czy też wreszcie inne zmiany, dowodzące zniesienia możności oddychania, np. zatkania krtani ciałami obcemi, zmiany, dowodzące utopienia i t. d. W braku takich zmian, dowodzących gwałtownego uduszenia, może znawca sądowy przy ujemnym zresztą wyniku sekcyi, — a wynik ujemny sekcyi zachodzi także i wówczas, jeżeli się stwierdzi zawartość płynnej krwi w sercu i naczyniach żylnych, przekrwienie mózgu lub płuc i wybroczyny podsurowicze, — oświadczyć się za uduszeniem gwałtownem jako za przyczyną śmierci, jeżeli uduszenia takiego dowodzić będą śledztwem sądowem stwierdzone okoliczności, wśród których śmierć danej osoby nastąpiła. Odnosi się to najczęściej do uduszenia niemowląt przez okrycie ich ust i nosa miękkim przedmiotem, np. pościelą, chustką, lub, jak to wedle opisu Okamoty czynią japońskie dzieciobójczynie, zapomocą zwilżonego wodą japońskiego, nieprzepuszczalnego papieru. W tych przypadkach braknie zazwyczaj na zwłokach uduszonych dzieci zmian, któreby stanowiły dowód w ten sposób dokonanego uduszenia. To też rozpoznanie uduszenia ich może być dokonane tylko wtedy, gdy śledztwo sądowe stwierdzi, że usta i nos były okrywane miękkim przedmiotem. A jeżeli także śledztwo sądowe wypadnie ujemnie, wówczas może znawca orzec, że ze stanowiska lekarskiego nie można wykluczyć możliwości uduszenia przez zatkanie ust i nosa miękkim przedmiotem, jakkolwiek ani sekcya ani śledztwo nie złożyły ku temu pozytywnego dowodu. Ponieważ w mowie będące przypadki uduszenia przez zatkanie ust i nosa wydarzają się przeważnie u noworodków i osesków, (człowiek dorosły stawi opór, wobec czego znajdą się na jego zwłokach obrażenia, dowodzące tego oporu), przeto zaznaczyć trzeba, że u nich bardzo często przyczyną śmierci bywa nieżyt oskrzelowy. W razie zaś stwierdzenia nieżytu oskrzelowego, nie ograniczonego, lecz rozlanego, a braku dowodów uduszenia gwałtownego przez zatkanie ust i nosa, odpada myśl o uduszeniu gwałtownem, a pozostaje konkretna zmiana, t. j. rozlany nieżyt oskrzeli jako przyczyna naturalnej śmierci. Niestety, przeciętny znawca albo nie zadawał sobie trudu zbadać, czy takiego nieżytu nie było, albo w niezrozumiałej pogoni za sensacyą, względnie za dopatrywaniem się zbrodni lub występku tam, gdzie tego nie ma, podaje stereotypowo brzmiące orzeczenie, że płynna krew zwłok, przekrwienie płuc, i wybroczyny podopłucne, sekcyą stwierdzone dowodzą, iż sekcyonowane dziecię zmarło z uduszenia przez zatkanie ust i nosa miękkim przedmiotem lub stwierdziwszy nawet taki nieżyt oskrzelowy orzeka, że mimo to nie można wyłączyć możliwości w ten sposób dokonanego uduszenia. W tym ostatnim razie zapomina o tem, że wobec tak daleko posuniętej skrupulatności nie powinien możliwości takiego uduszenia wyłączyć w żadnym przypadku śmierci dziecka, nawet, gdyby sekcyą stwierdził szereg znanych mu anatomopatologicznych zmian, np. obustronne włóknikowe zapalenie płuc; wszakże i wtedy mogłoby dziecko dane umrzeć z uduszenia przez zatkanie ust i nosa, zanimby śmierć w sposób naturalny z zapalenia płuc nastąpiła! Lekarz sądowy musi umieć myśleć logicznie i prosto, nie szukać prawdy daleko, gdy ona jest tak mu blizko daną. Nie fantazya, lecz trzeźwość sądu jest ozdobą i powinnością sądowego znawcy.

Dwa przypadki ciąży brzusznej

podał

Dr Adam Czyżewicz (Lwów).

Przeświadczenie o możliwości rozwoju ciąży z zewnątrz macicy datuje się od bardzo dawna. Początkowo nie wdawano się w rozpoznawanie jej siedziby, nie mając do rozporządzenia tych środków badania, jakie dziś daje nauka, później, w połowie pierwszej XIX wieku, nauczono się rozróżniać formę ciąży jajowodowej, rozwijającej się w jajowodzie i formę brzuszną, będącą bez wyraźnego związku z narządem rodnym. Ponieważ wydawało się rzeczą niemożliwą, aby ściany delikatnego i wązkiego jajowodu mogły uledz tak znacznemu przerostowi i rozdęciu, iżby utworzyć mogły jamę, zdolną pomieścić rosnące jaje płodowe, tem mniej jaje przy końcu ciąży, przeto ustalono ogólne prawidło, że przy ciąży jajowodowej jajowód prędzej albo później pęknąć musi, co ipso facto odbiera jaju możność dalszego odżywiania się i wiedzie do jego obumarcia. Że jednak już wówczas znano przypadki donoszenia ciąży zewnątrzmacicznej przy niepękniętem jaju płodowem, przeto przypadki te wszystkie zszeregowano pod jedną nazwę ciąży brzusznej, zaznaczając przez to, że była ona usadowiona poza obrębem macicy i jajowodu. Powoli utarło się zdanie, że o ile przy ciąży zewnątrzmacicznej przyszło do pęknięcia, była to ciąża jajowodowa, o ile kobieta donosiła, ciąża brzuszna. I nawet wyłaniające się coraz częściej spostrzeżenia, że otoczka takiej ciąży brzusznej składa się czasem ze zlepionych narządów sąsiednich, czasem z błon samych lub znowu z pokładów mięśni, nie zdołały przykuć uwagi ogólnej i skłonić do szukania przyczyny tych rozmaitych stosunków. Przyjmowano poprostu, że osłonka jaja, rozwijającego się poza obrębem jamy macicy, powstaje ze złogów włóknika, początkowo wiotkich, później coraz lepiej zorganizowanych i że ma nawet zdolność wytwarzania włókien mięsnych.

Przez takie kategoryczne zdanie, padające z ust pier-

wszych powag naukowych, zamykano przez długi czas drogę do badań i spostrzeżeń ścisłych, mogących rzucić jakieś światło na zawiłą sprawę pochodzenia i rozwoju ciąży zewnątrzmacicznej.

Nie dziw, że wobec powyższego podziału i powyższych pojęć, podawano duże stosunkowo cyfry przypadków ciąży brzusznej, a w roku 1859 zestawił ich jeszcze Hecker 132, przeciwstawiając im zaledwie 64 przypadków ciąży jajowodowej. Cyfry te odpowiadały w zupełności panującym poglądom i nie dziwiły nikogo.

W roku 1845 zaczyna się ruch na polu powyższem, a jego zawiązkiem stała się myśl, rzucona w tym roku przez M. Mayera, żądająca określania rodzaju ciąży zewnątrzmacicznej według usadowienia łożyska, w przypuszczeniu, że miejsce to, jako odżywiające jaje od pierwszej chwili, musi także być miejscem pierwotnego przyczepu. Nie położenie jaja płodowego, nie rozwój jego w danem środowisku, ale miejsce, skąd czerpało soki żywotne, miejsce, gdzie przyczepiło się łożysko, miało być odtąd miarodajnem dla słownictwa i podstawowych pojęć ciąży zewnątrzmacicznej. Zasada, która do dziś dnia stanowi podstawę spostrzegania, która już wtedy powinna była rzucić właściwe światło na sprawę ciąży zewnątrzmacicznej i która stworzyła właściwe podwaliny obecnego stanu nauki w tej sprawie, przyjęta została początkowo nieufnie. Dopiero gdy w r. 1870 Spiegelberg opisał pierwszy przypadek donoszonej ciąży w ampułce jajowodu i stwierdził przez to, że nie każda ciąża jajowodowa pęknąć musi i nie każda donoszona musi być brzuszną, myśl Mayera nie znalazła już opozycyi.

Z chwilą ustalenia nowej klasyfikacyi, coraz rzadziej spotkać się można z rozpoznaniem ciąży brzusznej, coraz częściej odzywały się głosy, że dawniej opisane przypadki nią nie były, a fałszywe rozpoznanie polegało na błędnej lub niedostatecznej obserwacyi. Zapisków dokładnych zazwyczaj nie było, w wielu razach brakło badań podstawowych, te zaś przypadki, które skrupulatnem spostrzeganiem umożliwiały zastanawianie się i krytykę, okazywały się inną postacią ciąży zewnątrzmacicznej, nie brzuszną. Powoli z coraz większym sceptycyzmem zapatrywano się na nią i wyłaniały się coraz częściej uwagi z najpoważniejszych ust, podające w wątpliwość nietylko istnienie ciąży brzusznej, ale nawet możliwość jej rozwoju. Jaje ludzkie może się przyczepić i rozrosnąć tylko na błonie śluzowej którejś części narządu płciowego, poza nim nie znajduje podłoża korzystnego, bo tylko narząd płciowy jest zdolny wytworzyć doczesną, konieczną do implantacyi. To było ogólnie przyjęte pojęcie, które weszło w miejsce dawniejszego.

Do roku 1890 nie znaleziono ani jednego przypadku mogącego udowodnić możliwość ciąży brzusznej i odnośne piśmiennictwo z tych czasów nie wchodzi nawet w rachubę. W późniejszych latach nierzadko pojawiały się opisy przypadków operowanych lub sekcyonowanych, — inne z góry już nie mogły być dowodem — nie było jednak nikogo, ktoby bezstronnie zszeregował wszystkie podane przypadki i ziarno oddzielił od plewy. Pracy tej podjął się dopiero w r. 1903 Veit dla X. Zjazdu Towarzystwa ginekologów niemieckich w Würzburgu. Szereg jego gruntownych badań dał, jako wynik, dewizę, że »ciąża brzuszna nie zdarza się u ludzi, a przynajmniej dotąd nikt jej istnienia bez zarzutu nie udowodnił«. Z setek ogłoszonych opisów nie ostał się ani jeden i nadal brak było ciągle tego »pierwszego« przypadku, któryby dopiero pozwalał ewentualnie uznać wiele innych, mniej lub więcej wątpliwych.

Krytyka Veita tak jest zasadnicza i tak szczegółowa, że chciałbym ją na tem miejscu pokrótce streścić. Obejmuje ona odnośne piśmiennictwo w czasie od r. 1890 do r. 1903. Zależnie od rodzaju i istoty przypadków, oraz ścisłości spostrzegania, dzieli Veit opisy na następujące grupy:

1. Publikacye, w których autorowie sami podają, że jaje pierwotnie było usadowione w jajowodzie. Należą tu przypadki Warda, Taylora, Lediarda, Wilkego, Neugebauera, M. de Leona, C. v. Tussenbroek, Bäckera, Marchanda, Tótha i Dolerisa.

2. Przypadki, w których brak danych, potrzebnych do zbudowania rozpoznania bezwzględnie ścisłego, tak że nawet nie próbowano przeprowadzenia dowodu. Należą tu spostrzeżenia Butterfielda, Chandeluxa, Czempina, Boveego, Masudy, Leego, Hillsmana, Wilsona, Haynesa, Mc. Nutta, Mecka, v. Cackovica, Fairchilda, Kreutzmanna, Largego, Sacrego, Fraiponta i Rochela.

3. Przypadki wątpliwe, które możeby mogły być uznane za ciążę brzuszną, gdyby jej istnienie wogóle było udowodnione, które jednak same przez się dowodu tego nie dostarczają. Są to przypadki Centnera, Reina, Sutugina, Houzela, Elischera, Muratowa, Taylora, Ashtona, Doktora, Bianchiego, Witthauera i Galabina.

Przypadku dowodowego, jak wyżej wspomniałem, Veit nie znalazł, a taksamo nie znalazł przypadków pewnej ciąży brzusznej u zwierząt, choć tu jako nie fachowy nie chciał stanowczego zabierać głosu. Stąd doszedł do wniosku, że »choćby zresztą wynik badań u zwierząt był jakikolwiekbądź, przecież u ludzi dotychczas nie udowodniono, bez zarzutu, istnienia pierwotnej ciąży brzusznej«.

Opierając się na zdobytym materyale, poszedł jednak Veit dalej i po raz pierwszy ściśle ustalił warunki, bezwzględnie wymagane dla przypadku dowodowego, streszczając je w następującem zdaniu: »Przypadkiem dowodowym może być jedynie tylko taki, w którym znaleziono w jamie brzusznej żywe jaje z łożyskiem, wykazującem żywy związek z otrzewną, bez jakiegokolwiek współudziału jajowodów lub jajników« [1]. Powyższe zdanie stało się alfą i omegą wymaganych warunków, bez ujmowania mu choćby słowa.

W rok później opracował tensam temat Werth i podobnie jak jego poprzednicy, doszedł do przeświadczenia, że »w dotychczasowem piśmiennictwie nie znalazł ani jednego spostrzeżenia, w którem byłby przeprowadzony dowód pierwotnego usadowienia się jaja na otrzewnej«. Co do możności ciąży brzusznej zapatruje się nieco więcej optymistycznie, niż Veit, choć sam podnosi łatwość myłek w rozpoznaniu, ze względu na możliwe odsznurowanie się części narządu rodnego wraz z jajem płodowem i dalsze odżywianie przez zrosty, ze względu na ciążę strzępka jajnikowego, ciążę w uchyłkach macicy, lub dalszy rozwój jaja po poronieniu do jamy brzusznej, co wszakże nie wydaje się

[1]) »Nur solche Eier, die lebend in der Bauchhöhle gefunden werden und deren Placenta, ohne jede Betheiligung der Tuben, oder der Ovarien mit dem Peritoneum in lebendiger Verbindung sich befindet, sind als beweiskräftig anzusehen«.

prawdopodobnem. Dochodzi więc do przekonania, że choć dotąd istnienia ciąży brzusznej nie udowodniono, możnaby w rozumowaniu teoretycznem przyjąć, że otrzewna, zwłaszcza zapalnie zmieniona, mogłaby stworzyć warunki, potrzebne do usadowienia się i rozwoju jaja. Przypadki takie, o ile istnieją, należą w każdym razie do białych kruków.

W późniejszych czasach brak znowu pracy, rejestrującej krytycznie ogłaszane spostrzeżenia, starające się już teraz zawsze wypełnić warunki, stawiane przez Veita. Z ogólnych uwag zaledwie dwa głosy znalazłem, a to Jarzeffa, wyrażający przekonanie, że jest rzeczą obojętną, czy ciąża brzuszna jest pierwotną, czy drugorzędną, i że do ustalenia ciąży brzusznej wystarcza sam fakt związku jaja z otrzewną przez czas jakiś zapomocą kosmków i jego rozwoju w tem miejscu, — i klasyfikacyę ściśle naukową Rosnera. Proponuje on podział na:

1. ciążę brzuszną pierwotną, w razie usadowienia się jaja wprost na otrzewnej;

2. ciążę zewnątrzmaciczną z następowym brzusznym rozwojem płodu, przyczem tylko płód został wydalony z narządu rodnego, łożysko zaś zostało w dawnem miejscu;

3. ciążę brzuszną następową martwą, w razie poronienia obumarłego jaja do jamy brzusznej i następowego powrotu miejsca łożyskowego do prawidłowego stanu;

4. ciążę brzuszną przeszczepioną, w razie poronienia żywego jaja do jamy brzusznej, następowego przyczepienia się do otrzewnej i wolnego tamże rozwoju.

Możliwość ostatniej grupy uzasadnia Rosner faktem, że razem z poronionem jajem wylewa się pewna ilość krwi, która utrzymywana w stanie płynnym, może je żywić tak długo, aż nowe usadowienie się nie będzie faktem dokonanym.

Na ogół więc oba powyżej przytoczone zdania nie zmieniają zupełnie wymagań, postawionych przez Veita, a tylko uzupełniają je i rozwijają dalej. Pierwsze z nich należy uważać za zupełnie słuszne, gdyż we wczesnych okresach ciąży, gdzie właściwie jedynie znaleść można warunki, wymagane przez Veita, już teoretycznie rozumując, nie będzie można nigdy twierdzić z całą pewnością, że jaje, znalezione w brzuchu, ani chwili nie było np. w jajowodzie, o ile w jajowodzie żadne nie pozostały ślady. Odróżnienie ciąży brzusznej pierwotnej Rosnera i przeszczepionej w takich razach a priori jest w praktyce niemożliwe i wymaganie tego rozróżnienia wiodłoby tylko do absolutnego uniemożliwienia przeprowadzenia dowodu istnienia pierwotnej ciąży brzusznej. O ciąży przeszczepionej możnaby — zdaniem mojem — mówić tylko wtedy, gdyby udowodnić zdołano w danym przypadku ślad poprzedniego usadowienia pierwotnego. Bez tego dowodu należy miejsce łożyskowe uważać za miejsce przyczepu pierwotnego, według zasad, przyjętych dla wszystkich innych rodzajów ciąży. W każdym razie zarówno ciąża brzuszna pierwotna, jak i przeszczepiona, mają klinicznie i naukowo to samo znaczenie, gdyż, stwierdzając możliwość rozwoju jaja na otrzewnej poza narządem płciowym i bez żadnego z nim związku, udowadniają się nawzajem.

Jak wyżej wspomniałem, stwierdziły monografie Veita i Wertha, że do chwili ich publikacyi przypadku dowiedzionej ciąży brzusznej nie znano. Należy więc przedewszystkiem, patrząc z punktu widzenia formułki Veita stwierdzić, czy nie udowodniły jej przypadki później ogłoszone. Nie było ich wiele. I tak:

1. Albertin z Lyonu ogłosił w roku 1903 przypadek w którym przez laparotomię wydobył torbielowaty guz, zawierający żywy płód 5-miesięczny. Łożysko w tym przypadku było usadowione na wątrobie. Pomimo, że chora zmarła w 24 godzin po zabiegu, nie przeprowadzono badania drobnowidowego wątroby jako podłoża łożyska, a przynajmniej nie podano tego opisu. Brak ten, najważniejszy dla ocenienia związku jaja z podłożem, stanowczo nie pozwala na zużycie przypadku.

2. Asa B. Davis z New-Yorku wydobył w roku 1910 z jamy brzusznej płód długości 8 cm. i znalazł jego łożysko na prawem więzadle szerokiem; nie badał drobnowidowo i zrobić tego nie mógł, pozostawiwszy podłoże łożyska. To samo już wyłącza ten przypadek — tem bardziej, że jaje, usadowione na więzadle szerokiem, bardzo łatwo mogło być w związku z jajowodem, jajnikiem, strzępkiem jajnikowym lub trąbką dodatkową, czego wszystkiego opis nie wyklucza.

3. Gröné z Malmö ogłosił w roku 1909 przypadek, w którym wobec krwotoku wewnętrznego otwarto jamę brzuszną i usunięto krwawiące miejsce na otrzewnej ściennej miednicy, oraz dwa luźne ciałka, wielkości orzechów, z zatoki Douglasa. Drobnowidowo badane okazało się pierwsze miejscem przyczepu jaja, w którem znaleziono komórki Langhansa i syncytyalne, bez wyraźnych kosmków i w stanie obumierania; ciałka zaś z zatoki Douglasa były zmienionem, obumarłem jajem płodowem, bez płodu. Pomimo, że autor uważa sam swój przypadek za ciążę brzuszną, przyznaje, że nie odpowiada ona wymogom Veita; jeżeli się zaś uwzględni obumarcie jaja płodowego i niemożność wykazania nietylko żywego, ale wogóle żadnego związku jaja z podłożem, stanie się jasnem, że mu do spełnienia warunków bardzo daleko.

4. Gutièrrez z Madrytu usunął w r. 1904 guz, zawierający czekoladowe masy i donoszony zmiękczały płód, wobec prawidłowego narządu rodnego i prawego jajowodu drożnego dla zgłębnika. Niemożność wykazania związku łożyska z podłożem wobec pozostawienia tego ostatniego i wobec dawnego obumarcia jaja nie pozwala na zużycie przypadku.

5. I. F. M Hammacher z Asterdamu wyciął w r. 1910 wobec krwotoku wśródbrzusznego pęknięty jajowód i znalazł następowo w okolicy tego pęknięcia, na otrzewnej i tuż pod nią resztki kosmków, przy niezmienionem świetle jajowodu. Ze względu na formułkę Veita brak żywego jaja wyłącza już ten przypadek. Nadto zaś nie można wykluczyć możliwości przewędrowania jaja przez ścianę jajowodu z następowem zamknięciem się nad niem błony śluzowej, co jest rzeczą znaną ogólnie.

6. Jarzeff usunął w r. 1907 na drodze pochwowej z zatoki Douglasa płód długości 1 cm. i worek krwisteku, lewy jajowód i oba jajniki, zawierające torbiele skórzakowe. Jajowód prawy był prawidłowy i przy jego ujściu brzusznem znaleziono miejsce przyczepu jaja. Drobnowidowo nie znaleziono w lewych przydatkach składników jaja płodowego, w samem zaś jaju stwierdzono owodnię i kosmówkę, otoczoną błoną łącznotkankową, zastępującą doczesną, nie zawierającą jednak komórek doczesnej. Błony tej nie uważa autor za wytwór zapalny, a związek z nią kosmków doprowadza go do rozpoznania ciąży brzusznej. Krytycznie wysuwa się przedewszystkiem zarzut, że przy operacyi od strony pochwy, zwłaszcza wobec tak rozległych zmian chorobowych przydatków, nie może być wogóle mowy o dokładnej oryentacyi; dalej niema żadnego dowodu, czy jaje to wogóle rozwijało się w zatoce Douglasa, a nie leżało tu tylko poronione. O wykazaniu ścisłego, żywego związku z podłożem nie można mówić, boć przecież trudno za podłoże uważać otoczki krwisteku, a miejsce usadowie-

nia się pozostało razem z jajowodem. Wreszcie samo miejsce przyczepu tuż przy ujściu brzusznem jajowodu odpowiada ciąży strzępka jajnikowego, i to w najlepszym ražie, bo i zwykłej ciąży jajowodowej, wobec długiego czasu, jaki był potrzebny na wytworzenie się otorbionego krwisteku, wykluczyć nie można.

7. Link z Gdańska wydobył w r. 1905 krwawy torbiel wielkości jabłka, usadowiony w zatoce Douglasa, a zewsząd otoczony otrzewną, przy prawidłowym narządzie płciowym. Badanie drobnowidowe wykazało związek kosmków z otrzewną.

Przypadek ten niezbyt już zbacza od wymagań Veita. Wyłącza go wszakże brak żywego jaja, bo znaleziono tylko pojedyncze części, dalej istnienie otorbionego już kwisteku, co świadczy o istnieniu krwawień przez dłuższy czas, i wreszcie fakt ułożenia jaja tak blizko przydatków, że nie mógłbym wyłączyć ciąży strzępka jajnikowego.

8. Lovrich z Budapesztu ogłosił w r. 1906 przypadek, w którym usunięto z brzucha guz, zawierający dawno obumarły, donoszony płód i łożysko, przyczepione na tylnej ścianie więzadła szerokiego, przy prawidłowym narządzie rodnym. W ścianach guza nie znaleziono śladu jajowodu lub jajnika.

Przypadek nie do użycia wobec martwego jaja i braku badań drobnowidowych, tembardziej, że sam Lovrich w drugiej, późniejszej publikacyi określa go, jako ciążę w jajowodzie dodatkowym.

9. P. W. Michin z Charkowa usunął w r. 1905 prawie donoszone jaje, leżące wśród licznych zrostów z trzewiami, usadowione łożyskiem na przedniej ścianie macicy. Związku jaja z przydatkami nie było. Drobnowidowych badań brak, co nie pozwala na zużycie przypadku.

10. A. Rosner z Krakowa podaje w roku 1910 dwa przypadki. W pierwszym z nich znaleziono guz na tylnej ścianie więzadła szerokiego, z przyrośniętymi przydatkami, lecz bez związku z nimi. Guz ten zawierał wśród skrzepów świeży płód dług. $2-2\frac{1}{2}$ cm. Usunięto go wraz z prawym jajowodem, poczem badanie drobnowidowe wykazało w tym jajowodzie brak jakichkolwiek objawów ciąży. W przypadku drugim, wobec krwotoku przy prawidłowym narządzie płciowym, znaleziono w zatoce Douglasa miejsce krwawiące miąższowo. Zatamowano krwotok i usunięto lewy jajowód, nie znaleziono w nim jednak składników jaja płodowego, jak wogóle jaja nigdzie nie znaleziono.

W przypadku pierwszym tylko jedynie brak wykazanego związku jaja z podłożem, co zresztą sam autor podnosi, nie pozwala na uznanie go za dowodowy, drugi w wielu punktach odbiega od wymagań Veita.

11. L. Seeligmann z Hamburga znalazł w r. 1906 donoszone jaje płodowe z łożyskiem, usadowionem na woreczku żółciowym i wątrobie. Usunął płód, pozostawiając łożysko, które powoli wyropiało, co naturalnie uniemożliwiło wykonanie badań drobnowidowych i zużycie przypadku.

12. Vallois z Montpellier usunął w r. 1904 jaje płodowe, przyczepione do krezki kątnicy, nie podaje jednak żadnych dowodów. Wobec pozostawienia podłoża nie były one zresztą możliwe do przeprowadzenia. Dlatego też i ten przypadek nie dowodzi istnienia ciąży brzusznej.

13. V. Vincenzo znalazł w r. 1905 w prawej zatoce biodrowej guz, zawierający płód 22 cm. długi, częściowo skamieniały, wykazujący na jednym biegunie ciało gąbczaste, odpowiadające łożysku. Drobnowidowo znaleziono tu pasma tkanki łącznej, otoczone przestrzeniami pełnemi krwi, które autor uważa za przeobrażone kosmki. Owodni, kosmówki, ani doczesnej wogóle nie znaleziono.

W przypadku powyższym jaje było tak stare, że mógł się wytworzyć płód skamieniały, a kosmków ani błon nie znaleziono. Niema więc mowy o wykazaniu »żywego związku« jaja z podłożem, a najprawdopodobniej chodzi o jaje dawno poronione do jamy brzusznej.

Powyżej przytoczone przypadki pochodzą z ostatnich czasów, już po sformułowaniu wymagań Veita. Jedne z nich odbiegają od nich daleko, tak, że nawet w razie wykazania możliwości istnienia ciąży brzusznej, nie mogłyby być zaliczone do tej grupy, inne zbliżają się coraz bardziej, najwięcej może pierwszy przypadek Rosnera. Przy ścisłej krytyce żaden jednakże nie posiada wszystkich warunków wymaganych i stąd żadnego nie można uważać za ten pierwszy, któryby stanowił niezbity dowód możliwości istnienia ciąży brzusznej. Dotychczas więc sprawa stoi w tensam sposób, co w r. 1904, i można razem z Veitem i Werthem i dziś powtórzyć, że nie podano ani jednego przypadku. któryby niezbicie udowadniał istnienie brzusznej ciąży. Można jednak i z drugiej strony zaznaczyć, że wiele przypadków zdaje się za nią przemawiać i — wstecz rozumując — trzebaby niektóre za nią uznać, gdyby się znalazł ten pierwszy, dowodowy.

W mojej działalności lekarskiej spotkałem się dwukrotnie z przypadkami, z których jeden zachwiał mą wiarę w nieistnienie ciąży brzusznej, drugi zaś zniszczył ją doszczętnie. Podaję opis ich historyi choroby, chronologicznie postępując.

1) A. E. 28-letnia, z Tłumacza, zgłosiła się 16 czerwca 1909. Zamężna od 10 lat, nie rodziła, ani nie roniła. Pierwszy peryod miała w 16. roku życia, następnie mniej więcej co 6 tygodni, przez 5 dni trwający, miernie silny, bez bólów. W 17. roku życia zatrzymał się raz na trzy miesiące, poczem wystąpił silny, ze skrzepami. Od tego czasu regularnie co 4 tygodnie przez 3—4 dni z małymi bolami w początku krwawienia. Wyjątkowo tylko pojawiał się przez krótki czas co 2 tygodnie, trwając wtedy każdorazowo po 4 dni, ze skrzepami i bolami. Ostatni peryod 16—20 czerwca 1908, poczem zaraz wystąpiły nudności, wymioty i kilkodniowe kurcze dołem brzucha. 3—7 sierpnia 1908 pojawiły się krwawe plamy, a odtąd znów kurcze dołem brzucha, co obok nudności i wymiotów trwało około 4 miesięcy, licząc od końca czerwca 1908. Później czuła się pacyentka zdrową. 16—30 listopada 1908 odchodziła z części rodnych blado-różowa woda w dość znacznej ilości, co nawet zmusiło chorą do położenia się do łóżka. Po wstaniu zauważyła wzrastanie brzucha bez żadnych dolegliwości, co potwierdziło jej przypuszczenie ciąży. Równocześnie z odpływem wody, tj. 16 listopada 1908, poczuła także pierwsze ruchy i wyczuwała je odtąd stale. 1 marca 1909 pojawiły się nagle bole w krzyżach i dołem brzucha, co trwało przez 3 dni. 5 marca 1909 odeszła biała błonka, a potem zaraz płaski skrzep wielkości dłoni. Po jego odejściu ustały zupełnie bole. Dopiero 1 kwietnia 1909 wystąpiły na nowo, tym razem jednak kurczowe w przerwach co 5 minut, usadowione w dole brzucha po stronie lewej. a połączone z bardzo silnem rzucaniem się płodu. Po 3 dniach ustały bole i ruchy płodu i odtąd już więcej ruchów nie czuła.

Wśród tych ostatnich przejść, które początkowo uważano za poród, badała położna i stwierdziła otwarcie macicy na koronę przy ukośnem położeniu płodu. Mimoto lekarza nie wzywano.

Po ustaniu bolów leżała pacyentka 2 tygodnie w łóżku, bez gorączki, mając odchody krwawe ze skrzepami. Brzuch zmniejszył się w tym czasie, pozostając jednak zawsze jeszcze stosunkowo dużym. Po wstaniu czuła się

zdrową, a tylko ciężar brzucha utrudniał chodzenie. 14 maja udała się do lekarza, który rozpoznał ciążę i obliczył poród za 4 tygodnie. Gdy jednak poród w tym czasie nie nastąpił, przyjechała pacyentka do Lwowa dla zasiągnięcia tu porady lekarskiej.

Mąż chorej przebywał przed ślubem wiewióra, ona sama cierpiała przez krótki czas po ślubie na upławy, które jednak ustały bez leczenia.

Badanie wykazało, co następuje: Chora silnie zbudowana, dobrze odżywiona, czerstwa, czerwona na twarzy. Ciepłota, tętno i oddech prawidłowe. W sutkach siara. Płuca w granicach prawidłowych, bez zmian klinicznych. Serce nie rozszerzone. Tony czyste, prócz nieznacznego podmuchu skurczowego, słyszalnego nad wszystkiemi ujściami.

Brzuch jednostajnie wzdęty, niebolesny. Linia środkowa pod pępkiem ciemno zabarwiona. Wątroba niepowiększona, nieco wyparta ku górze. Śledziona niemacalna, opukowo niepowiększona.

W brzuchu czuć guz wielkości macicy ciężarnej w 7—8. miesiącu, wychodzący z miednicy małej, niebolesny, nieruchomy. Guz ten leży w linii środkowej i sięga prawie do łuku żebrowego. Przy głębszem obmacaniu czuć, że składa on się z kilku guzów pomniejszych, złączonych ściśle ze sobą, a odpowiadających częściom płodu. I tak, po stronie prawej nad pępkiem czuje się jakąś część większą, po lewej części drobne, pod pępkiem po prawej opór, odpowiadający grzbietowi. Wszystko to czuje się dokładnie, jakby tuż pod skórą. Pod pępkiem staje się guz coraz mniej wyraźny, daje się wyczuć już tylko jako całość, gubiąca się w miednicy małej; części płodu osobno odróżnić już nie można. Odgłos opukowy nad guzem wszędzie stłumiony, zresztą jawny bębenkowy. Osłuchując, stwierdzić można tylko ruchy robaczkowe jelit i tętno aorty. Tonów płodu, ani szmeru łożyskowego nie słychać.

Badanie oburęczne wykazuje: Srom dość wązki, zasiniony, pokryty skrzepłą wydzieliną. Sklepienie tylne wypuklone, inne wklęsłe. Cześć pochwowa miernie rozpulchniona, mało zasiniona, nieco uniesiona ku górze, przyciśnięta do przedniej ściany miednicy kostnej i nieco przesunięta na lewo. Trzon macicy niepowiększony, przyciśnięty do przedniej i lewej ściany miednicy, w przodozgięciu, niebolesny, nieruchomy, ściśle zrośnięty z przednią ścianą guza. Ujście zewnętrzne okrągłe, zamknięte. W niem czopek jasnego śluzu. Za macicą czuć miękki, okrągły guz, wypuklający tylne sklepienie, a będący dolnym odcinkiem guza brzusznego. Żadnych części płodu wyczuć w nim nie można.

Zgłębnik wykazuje jamę macicy gładką, długą na 8 ctm.

Wobec powyższego wyniku badania rozpoznano przenoszoną ciążę zewnątrzmaciczną z obumarłym płodem i postanowiono usunąć ją na drodze operacyjnej. Zabieg ten wykonałem 21. czerwca 1909 o godz. $8^1/_2$ rano. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, przy silnie obniżonej górnej połowie ciała, otworzyłem brzuch cięciem w linii środkowej, sięgającem ku górze na dłoń wyżej pępka, ku dołowi do spojenia łonowego. W ranę wstawił się odrazu płód, ułożony w ten sposób, że ku przodowi, w wysokości pępka znajdowały się nóżki, po stronie prawej, nad pępkiem pośladek, po tej samej stronie, więcej od tyłu grzbiet. Główka leżała w linii środkowej tuż pod pępkiem. Do płodu ze wszystkich stron przyrastała sieć i pętle jelit. Przeważnie były to zrosty wiotkie, dające się odłuszczyć na tępo i nie krwawiące, tu i ówdzie jednak postronkowate, silnie unaczynione, utworzone przez sieć i przydatki sieciowe. Te ostatnie trzeba było podwiązywać i przecinać. Cały tułów płodu leżał w jamie brzusznej, nie pokryty żadnemi błonami, główka była otoczona osłonką grubości 2—3 mm., kruchą, utworzoną przez bezpostaciową błonę, kończącą się na wysokości bródki, płaszczyznowo zrośniętą z otoczeniem. Błonka ta pokrywała całą główkę i tworzyła na szczycie jej pierścieniowate przewężenie, poczem rozszerzała się na nowo, wyścielając całą zatokę Douglasa, zrastając się ściśle z jej otrzewną i otaczając kuliste łożysko, przylegające do główki dziecka i tworzące guz wielkości pięści. Przy oddzielaniu tej błony od otoczenia nie krwawiło nigdzie.

Przed łożyskiem leżał cały narząd płciowy. Macica bardzo mała, zaledwie wielkości spłaszczonego orzecha, przesunięta na lewo, wyciągnięta w swej długiej osi, nieco rozpulchniona. Od jej rogu lewego ku tyłowi odchodzi jajowód grubości zapałki, zakończony prawidłowem ujściem brzusznem, obok prawidłowy jajnik. Wszystko to było luźnie zrośnięte z osłoną łożyska. Lewe więzadło okrągłe przyczepiało się i przebiegało prawidłowo. Przydatki prawe były rozciągnięte na guzie. Więzadło okrągłe odchodziło od rogu macicy, przebiegało na przestrzeni 1 cm., prostopadle do osi długiej ciała, poczem zwracało się ku przodowi do ściany brzusznej, gdzie gubiło się w prawidłowo umieszczonym kanale pachwinowym. Prawy jajowód wyciągnięty, długości 15 cm., nieco grubszy od lewego, był w całości przyrośnięty do guza i kończył się zarośniętem ujściem brzusznem. Za nim nieco powiększony prawy jajnik, przyrośnięty do guza. Przy oddzielaniu tego jajnika zaczęło krwawić z jego miąższu, co skłoniło mnie do usunięcia całych przydatków razem z guzem, a to ze względu na dużą powierzchnię na jajniku i na zarośnięte ujście jajowodu. Rzeczywiście po oddzieleniu zrostów i uruchomieniu guza wydobyłem go w całości razem z prawymi przydatkami, zabierając sposobem Fritscha razem z jajowodem także prawy róg macicy. Powierzchnię przyranną pokryłem otrzewną i następnie zamknąłem jamę brzuszną ciągłymi szwami katgutowymi otrzewnej, powięzi brzusznej i tkanki podskórnej, kilku szwami węzełkowymi mięśni i szeregiem skórnych klamerek Michela. Opatrunek przylepcowy pokrył ranę.

Zabieg trwał 55 minut.

Preparat uzyskany przedstawia płód donoszony, nie zmiękczały, w wysokim stopniu zniekształcony. W twarzy zaledwie zaznaczone miejsca oczodołów, zresztą żaden narząd nie wykształcony. Nóżka prawa ściśle zrośnięta z prawą rączką, nóżka lewa z lewą rączką, narząd płciowy niedokształcony tak, że płci określić niepodobna. Na całym płodzie ślady zrostów z tkankami matki.

Łożysko prócz kulistego kształtu, nie różni się niczem od prawidłowego.

Wycięte przydatki prawe bez zmian.

W otoczce pokrywającej główkę, nie znalazłem składników jajnika.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Prócz jednorazo-

wego podwyższenia ciepłoty do 37·4° w czwartym dniu po operacyi, stale poniżej 37°.

1. lipca 1909 wyjąłem szwy i znalazłem ranę zgojoną. 10. lipca 1909 wypuściłem pacyentkę z opieki lekarskiej.

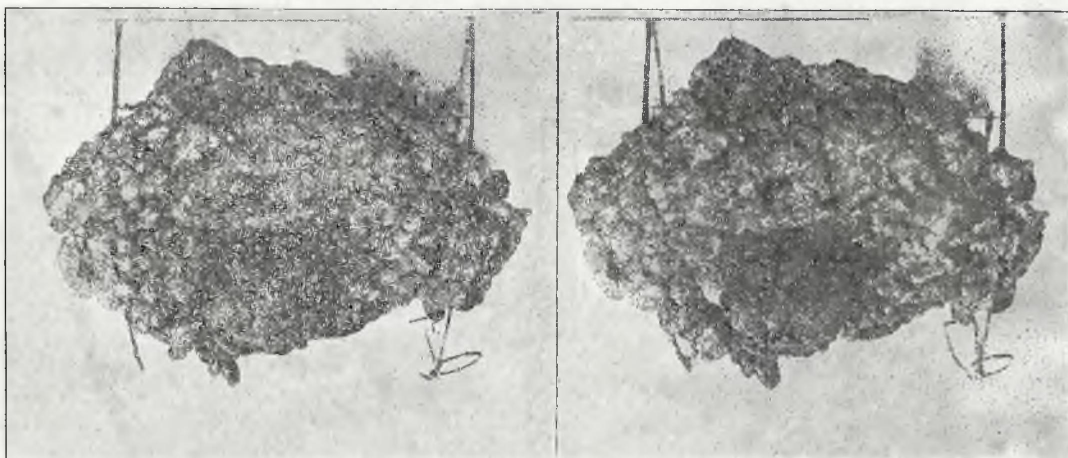
2) T. B. 28-letnia mężatka, zgłosiła się 5 października 1910 wieczorem. Rodziła 2 razy siłami natury. Pierwszy poród przed 5½ laty, ostatni przed 16 miesiącami. Peryod bywał zawsze regularnie, na czasie, miernie silny, bez bolów i trwał 3—4 dni. Ostatni 14—18. sierpnia 1910. Następnie zaraz wystąpiły nudności i wymioty. 3. października 1910 pojawiło się krwawienie z części płciowych, jako krwawe plamy, utrzymujące się bez przerwy, 5. października 1910, t. j. w dniu zgłoszenia się, wystąpiło o 11. godzinie przedpołudniem nagłe osłabienie, jednak bez omdlenia i silne bole kurczowe dołem brzucha.

toce Douglasa, szczególnie po stronie prawej, rozlany, miękki opór, którego granic oznaczyć nie można, a który poprzednio już był wyczuwalny przez sklepienia pochwowe. Opór ten przechodzi w górę i gubi się powoli w jamie brzusznej.

Nieznaczne krwawienie z części rodnych.

Wobec powyższego wyniku badania nie mogło być dwu zdań. Rozpoznałem ciążę zewnątrzmaciczną pękniętą prawostronną, najprawdopodobniej jajowodową i natychmiast przystąpiłem do operacyi.

W spokojnem, bardzo powierzchownem uśpieniu chloroformowem, przy ułożeniu ze zwieszoną górną połową ciała, otworzyłem brzuch cięciem w linii środkowej, sięgającem od pępka do spojenia łonowego i stwierdziłem stan następujący: W jamie brzusznej bardzo znaczna ilość świe-



Ryc. 1.

Badanie wykazało, co następuje: Chora niedokrwista w bardzo wysokim stopniu o cerze woskowo-ziemistej, błonach śluzowych bladych i zimnych kończynach, niespokojna, ziewająca. Ciepłota 37°. Tętno 132/min., ledwie wyczuwalne na tętnicy sprychowej, bardzo miękkie i nikłe. Oddechów 60/min. Narządy głowy i klatki piersiowej bez zmian. Brzuch miernie wzdęty, szczególnie pod pępkiem, przy dotyku bolesny, i to nieco mniej nad, nieco więcej pod pępkiem, napięty. Odgłos opukowy nad spojeniem łonowem na szerokość dłoni i po bokach na takiejsamej przestrzeni, stłumiony. Zresztą jawny bębenkowy. Linia środkowa ciała ciemniej zabarwiona.

W sutkach siara.

Srom zewnętrzny pokryty skąpą wydzieliną krwawą. Wejście do pochwy szerokie, zasiniałe. Pochwa krótka, szeroka, o błonie śluzowej wygładzonej i rozpulchnionej. Sklepienia tylne i oba boczne płaskie, przednie prawidłowe. Tuż poza niemi czuć wszędzie opór rozlany, który, wyraźny w przedniem sklepieniu, pozwala na określenie go tutaj jako dalszy ciąg macicy. Część pochwowa walcowata, rozpulchniona, nie przesunięta, wyraźnie zasiniona. Ujście zewnętrzne drożne dla palca, wewnętrzne zamknięte.

Badanie oburęczne, bardzo utrudnione z powodu napięcia i bolesności powłok brzusznych, wykazuje: Trzon macicy nieco powiększony, w przodozgięciu, miękki, niebolesny, mniej ruchomy. Przydatków wybadać nie można, natomiast czuje się po obu stronach macicy i za nią, w za-

żych skrzepów i krwi płynnej, co wypełnia całą miednicę małą i okolice lędźwiowe. Jelita od przodu pokryte siecią, zwieszającą się ku dołowi i przyczepioną luźnym zrostem do szczytu tylnej ściany prawego więzadła szerokiego, w odległości około 3—4 cm. od rogu macicy. Zrost ten na przestrzeni nie dłuższej i szerszej niż 2—3 mm., jest tak wiotki, że za lekkiem dotknięciem się, odlepia się, poczem w miejscu jego pozostaje zaledwie zaznaczone chropawe, nie krwawiące miejsce. Zresztą sieć wszędzie wolna. Macica ledwie że powiększona, w przodozgięciu, nieco przekrwiona rozpulchniona, bez zrostów i bez zmian jakichkolwiek. Więzadła okrągłe prawidłowo przyczepione i przebiegające. Zatoka Douglasa wypełniona skrzepami, po ich usunięciu prawidłowa. Prawy jajowód w całej rozciągłości bez zmian jakichkolwiek, nie zgrubiały nigdzie, prawidłowej zbitości nie przyrośnięty, z drożnem ujściem brzusznem i prawidłowymi strzępkami. Strzępek jajnikowy wyraźnie widoczny nigdzie nie przyrosły. Jajnik prawy, więzadła (lig. ovarii proprium i infundibulo-pelvicum) bez zmian. Jajowód lewy bez zmian najlżejszych, z drożnem ujściem brzusznem, bez zrostów, z prawidłowymi strzępkami. W prawidłowym jajniku lewym prawdziwe ciałko żółte. Lig. ovarii proprium i infundibulo-pelvicum bez zmian.

Na ogół więc nigdzie *nie ma najmniejszych zmian narządu rodnego* prócz nieznacznego powiększenia macicy, i *żadnych zrostów*, prócz wyżej opisanego przyczepienia sieci. Mogę to stwierdzić tem pewniej,

że na wszystkie szczegóły wyżej podane zwracałem uwagę wszystkich obecnych podczas zabiegu i że podczas operacyi dyktowałem te szczegóły do protokołu.

W miejscu przyczepienia sieci, co także wszyscy obecni stwierdzili, znajduje się w niej guzowate zgrubienie wielkości około orzecha włoskiego. Zgrubienie to leży prawie w całości nad górnym brzegiem więzadła szerokiego; zaledwie mała część jego zachodzi poza to więzadło. Prócz wyżej wspomnianego zrostu, jest ono zupełnie wolne, a składa się, jak to widać na fotografii, dołączonej do niniejszej pracy (Ryc. 1) ze zresekowanej sieci i guza właściwego. Sieć, zgrubiała w tem miejscu, obejmuje guz półkolem od góry i boków; część dolna guza nie jest pokryta. Powyższy pierścień sieci jest najgrubszy w górze. Ku dołowi ścieńcza się i kończy po stronie lewej wypustką, przyrosłą do guza, po prawej zaś takąsamą wypustką, przyrosłą do prawego więzadła szerokiego, co tworzy wyżej wspomniany zrost.

Nadto odchodzą od pierścienia sieci liczne drobne wypustki, przyrastające do przedniej i tylnej ściany guza. Na szczycie guza jest ich najwięcej, ku dołowi coraz mniej, na biegunie dolnym brak ich zupełnie. Dla dokładności obrazu dodaję jeszcze, że pierścień sieci nie leży w największym obwodzie guza, lecz już na jego tylnej półkuli, wskutek czego większa część guza wystercza ku przodowi. Guz znaleziony jest barwy sino czarnej, miernie twardy, o cienkich ścianach i przeświecającej, krwawej treści. Na jego przedniej powierzchni znajduje się otwór o nierównych, postrzępionych brzegach, eliptyczny, około $^1/_2$ cm. długi, i z niego wydobywa się powoli, lecz stale, częściowo skrzepła krew.

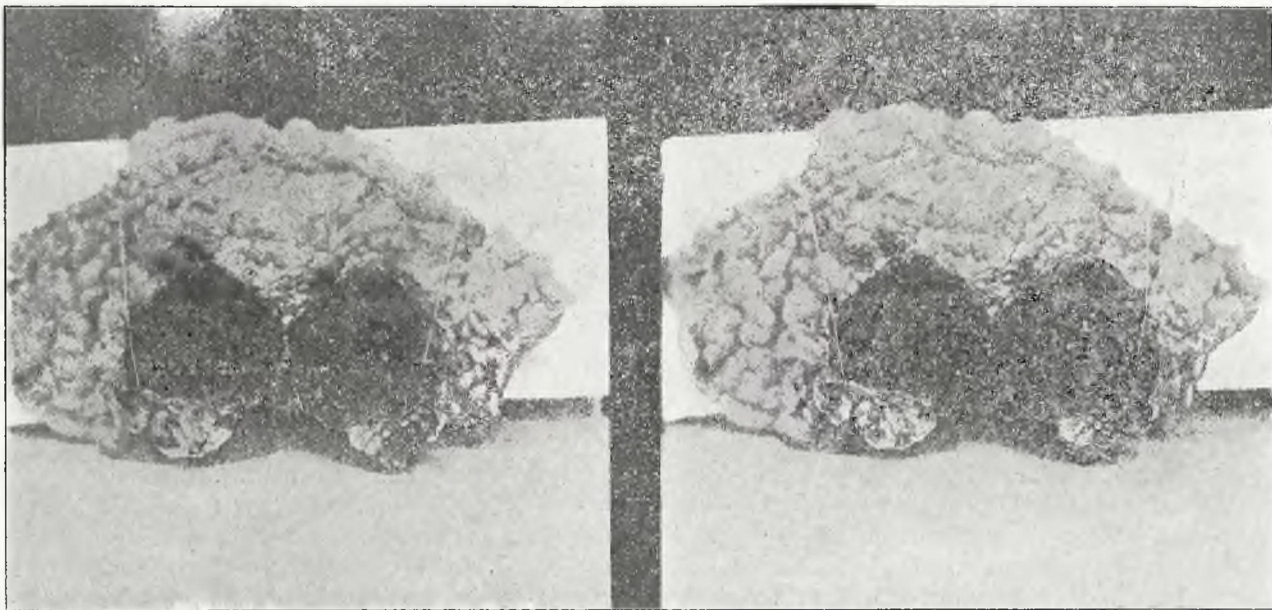
Naczynia sieci wokoło guza porozszerzane, wypełnione krwią.

Wobec powyższego stanu rzeczy podwiązałem sieć powyżej guza w czterech pęczkach i odciąłem ją poniżej wraz z guzem. Następnie usunąłem najbliżej dostępne skrzepy krwi i zamknąłem jamę brzuszną, ciągłymi szwami katgutowymi otrzewnej, powięzi brzusznej i tkanki podskórnej i szeregiem skórnych klamerek Michela. Opatrunek przylepcowy pokrył ranę.

Zabieg trwał 20 minut.

Po operacyi oddech spokojniejszy, tętno ledwie wyczuwalne. W czasie zabiegu wstrzyknięto podskórnie 4 gr. olejku kamforowego i 0·2 gr. kofeiny, zaraz po operacyi wlewanie z 500 cm.^{3} fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, gorące bańki itd., wreszcie po obudzeniu się chorej podano odrazu wódkę, wino i gorące napoje.

Przebieg pooperacyjny był następujący: 6. października 1910 tętno spokojne, regularne, dość dobrze napięte rano 132/min., popołudniu 136/min. Ciepłota rano 37·6°, popołudniu 38·2°. Ból w dołku podsercowym. Trzykrotne wymioty. W nocy następującej jeszcze trzy razy wymioty



Ryc. 2.

7. października 1910 tętno regularne, dobrze napięte, przez cały dzień 124/min. Ciepłota rano 37·8°, popołudniu 37·6°. Oddechy spokojne. Język wilgotny. Brzuch lekko wzdęty, tkliwy, wymiotów brak.

Następnego dnia stolec i odtąd przebieg prawidłowy. Ciepłota tylko wahała się jeszcze do 38°, aż 11. października opadła zupełnie do poziomu prawidłowego.

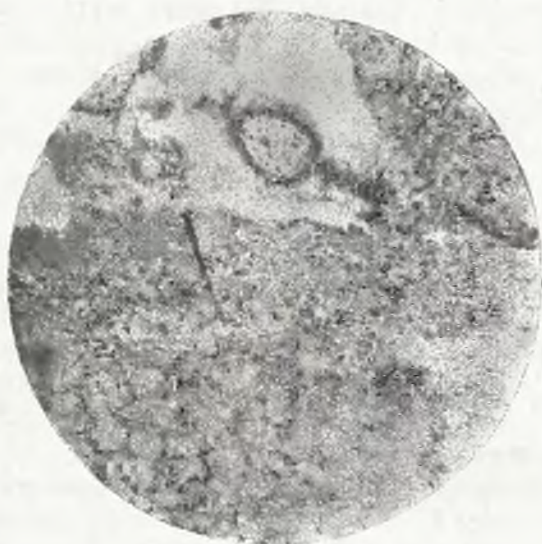
18. października 1910 wyjęto szwy i stwierdzono ranę zgojoną doraźnie, 26. października 1910 wypuściłem pacyentkę jako zdrową, z opieki lekarskiej.

Uzyskany preparat przedstawia guz wyżej opisany. Szczegóły jego zewnętrzne, oraz ułożenie w sieci nie różnią się niczem od stanu, stwierdzonego przy operacyi. Sam guz jako taki przedstawia kulę, nieznacznie z przodu w tył spłaszczoną. W wymiarze poprzecznym ma 3·5 cm., tosamo w wymiarze z góry na dół. Wymiar z przodu w tył wynosi 3 cm.

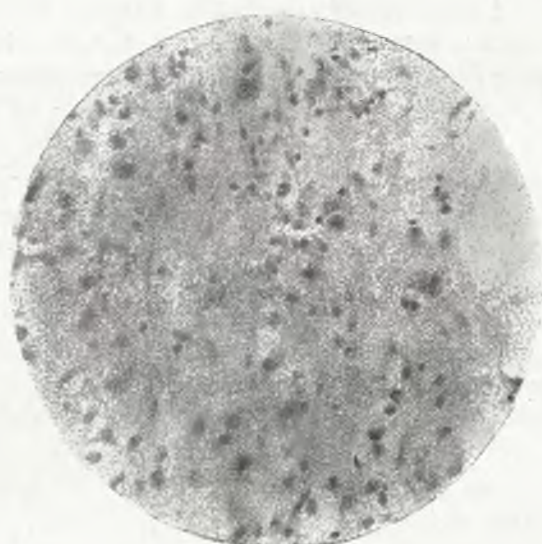
Na przekroju guza (ob. fotografia 2) widać przedewszystkiem w jego środku jamkę, wielkości 1 cm. w najdłuższej osi, nieco eliptyczną, wyścieloną gładką błoną. W jamie tej wolno pływający zawiązek płodu wielkości około ziarna siemienia. Wokoło tej jamki zbite skrzepy zupełnie świeże, które dochodzą aż do zewnętrznej torebki guza. W biegunie dolnym miast skrzepów, między jamką a torebką guza

pokład tkanek czerwony, przerosły nieregularnemi przegródkami, zbity, odpowiadający makroskopowo budową łożysku. W tem miejscu osłonka guza, wszędzie zresztą wyraźna, gubi się, a leżąca tuż obok sieć wchodzi w ścisły związek z wyżej opisanem łożyskiem, widoczny makroskopowo wyraźnie.

W sieci otaczającej makroskopowo zmian nie widać. W badaniu drobnowidowem z natury rzeczy chodzić musiało przedewszystkiem o stosunki w miejscu przyczepu jaja. Preparaty, wycięte z lewego bieguna, gdzie zawiązek łożyska (ocenionego tak na podstawie obrazu makroskopowego) stykał się bezpośrednio z siecią, preparaty, które z całą gotowością sporządził mi i objaśnił Dr E. Groebel, za co mu serdeczne składam podziękowanie, wykazały stan następujący. Wśród tkanek odpowiadających swą budową prawidłowej sieci, z wyraźnemi świeżemi wybroczynami krwi, widać bardzo wyraźnie przekroje kosmków, doskonale zachowanych, których komórki tak co do kształtów i ugrupowania, jak też co do nasilenia zabarwienia, niczem się od prawidłowych nie różnią. Widać w nich wyraźnie komórki Langhansa i syncytyum oraz płodową tkankę łączną podścieliskową. Miejscami dokładnie zachowuje się ścisły związek między kosmkami a siecią. W miejscach tych między kosmkami a siecią leży warstwa komórek, budową odpowiadających komórkom doczesnej. Nacieków drobnokomórkowych między siecią a kosmkami nigdzie nie znaleziono.



Ryc. 3.



Ryc. 4.

Stosunki powyższe stwierdzić można na fotografii 3, dającej odbicie preparatu w małem powiększeniu i na fotografii 4, przedstawiającej w dużem powiększeniu jedno miejsce z warstwy komórek doczesnych, leżącej między siecią a kosmkami.

Otoczka samej jamy płodowej składa się z warstwy komórek tkanki łącznej, wykazujących odczyn doczesny i warstwy śródbłonków; zewnętrzna osłonka całego jaja z pokładu komórek tkanki łącznej, o silnie barwiącej się chromatynie i niewyraźnych konturach, odpowiadających zachowaniem się komórkom syncytyalnym. W środku między oboma, w miejscach, nie odpowiadających zawiązkom łożyska, widać kosmki wśród wylewów krwawych.

Oto suche wyniki badania.

Ocenienie powyższych rezultatów jest rzeczą niezmiernej wagi i chciałbym je przeprowadzić przedewszystkiem z punktu widzenia formułki Veita. Co do przypadku pierwszego, jest dla mnie rzeczą jasną, że wymagań tej formułki nie wypełnia, nie może więc bezwarunkowo służyć za materyał dowodowy dla sprawy możności istnienia ciąży brzusznej.

Postępując słowo za słowem w myśl żądań Veita, należy przedewszystkiem ocenić stan żywotności jaja płodowego, gdyż tylko »żywe jaje«, może być materyałem dowodowym. Sprawa tej żywotności nie może z natury rzeczy ulegać żadnym powątpiewaniom, jeżeli idzie o jaje tak anatomicznie, jak drobnowidowo nienaruszone. W przypadkach natomiast jakichkolwiek zmian w którejś części jaja płodowego, albo w niem całem, ocenienie żywotności opierać się musi na stwierdzeniu zasadniczej budowy anatomicznej i w pierwszej linii na żywotności komórek, szczególnie w samem łożysku lub jego zawiązku. Za »żywe jaje« uważać wtedy należy takie, które, choćby nawet uszkodzone w pojedynczych częściach, nie zatraciło swej zasadniczej budowy i cech charakterystycznych i wykazuje komórki, odpowiadające swem ugrupowaniem, zdolnością przyjmowania barwików i kształtem — komórkom prawidłowym i żywym. Sądzę, że pod względem żywotności jaja w przypadku moim nie nasuwają się żadne wątpliwości. Utrzymanie jamki wśródjajkowej w stanie nienaruszonym, zachowanie zawiązka płodu, stwierdzenie kosmków o budowie prawidłowej i wszystkich rodzajach komórek dobrze się barwiących, powinno wystarczyć do jej udowodnienia. Fakt zaś, że nie nastąpił rozkład i zanik płodu, nadzwyczaj łatwy w tym stanie ciąży, świadczyć musi o życiu płodu podczas zabiegu lub bardzo niedawno przed nim. Rozpatrywanie i ewentualne kwestyonowanie tego faktu byłoby zresztą i tak bezprzedmiotowe, gdyż Veit nie wymaga żywego płodu, ale żywego jaja płodowego. Również i skrzepy krwi, zawarte w jaju mego przypadku, schodzą w ocenieniu jego żywotności na drugi plan. Są one całkiem świeże, czego dowodem obraz drobnowidowy, a także żadną miarą nie mogły były jeszcze sprowadzić obumarcia jaja płodowego.

Drugim warunkiem Veita jest wykazanie »żywego związku łożyska z otrzewną«. W niniejszym przypadku należy zauważyć, że w tak wczesnych okresach rozwojowych nie można jeszcze mówić o łożysku, gdyż ono jeszcze nie miało czasu powstać, ale o związku kosmków z podłożem, i że nie mamy do czynienia z otrzewną, tylko z siecią, wśród której jaje leżało. Jeżeli chce się mówić rzeczywiście o żywym, ścisłym związku, to nie wystarcza wykazanie tuż obok siebie tkanek jaja i podłoża, choćby nawet zlepionych ze sobą skrzepami lub warstwą włóknika. Koniecznem jest stwierdzenie między żywymi, prawidłowymi kosmkami i żywą, prawidłową siecią, czy otrzewną, warstwy komórek doczesnej, jako odczynu podłoża na przyczep jaja, bo tylko takie przeobrażenie doczesnowe dowodzi, że jaje nietylko było w ścisłym związku z podłożem, ale że związek ten trwał czas dłuższy, inaczej mówiąc, że jaje na sieci się rozwijało. Jeżeli wszystkie narządy jamy brzusznej są w stanie ulegać przemianie doczesnej, wtedy dowód rozwoju ciąży brzusznej byłby względem nich wszystkich możliwy, w przeciwnym razie nigdy nie możnaby na pewno stwierdzać usadowienia się i rozwoju jaja, choćby nawet żywego, na danym narządzie, gdyż nigdy nie dałoby się wyłączyć przypuszczenie, że jaje w miejscu znalezienia nie rozwijało się, a tylko poronione tu się mechanicznie przylepiło.

Odnośnie do mego przypadku, znalazłem prawidłowe żywe kosmki i taką samą sieć, złączone ze sobą pokładem komórek doczesnej. Jak wyżej zaznaczyłem, jest to żywy związek tych tkanek i dowodzi nietylko ścisłego ich obecnego spojenia się, ale także istnienia poprzedniego związku przez czas przynajmniej taki, jaki jest konieczny do przeobrażenia doczesnego komórek dotyczących. Jeżeliby komu wyżej przytoczone dowody nie wystarczyły, podniesćby można jeszcze następującą okoliczność. Gdyby jaje przybyło martwe na miejsce znalezienia go, to nie powstałaby wcale warstwa komórek doczesnej, lecz zlep włóknikowy i nacieki drobnokomórkowe w sąsiedztwie, jako odczyn na drażnienie przez ciało obce. Gdyby wszakże warstwa taka przecież powstać miała, co zresztą wydaje mi się co najmniej wątpliwem, to musiałyby przez czas jej powstawania nastąpić zmiany wsteczne w obumarłych już kosmkach.

Istnienie warstwy komórek doczesnej, obok niezmienionych kosmków i tkanek sieci sąsiadujących i wobec braku nacieków drobnokomórkowych, świadczy niezbicie o przyczepieniu się jaja na sieci i jego rozwoju w tem miejscu, t. j. stwierdza to, czego się Veit domaga.

Trzecim warunkiem wymaganym jest brak jakiegokolwiek współudziału jajowodów lub jajników. Ścisła obserwacya w tym kierunku w czasie zabiegu operacyjnego, i to przeprowadzona przez wszystkich obecnych, których uwagę specyalnie na fakt ten zwracałem, wystarcza chyba do uznania i tego warunku za spełniony. Nie można mówić o jakimkolwiek współudziale jajowodów lub jajników, jeżeli między nimi a jajem nawet żadnego nie było związku i jeżeli one wykazywały stan bezwarunkowo prawidłowy i zdrowy.

Tak więc przypadek mój wypełnia wszystkie warunki, wymagane przez Veita, musi więc być uznany za ciążę brzuszną i stwierdza jako »przypadek dowodowy« możliwość jej istnienia. Opierając się na nim, mogę twierdzić, że ciąża brzuszna u ludzi wydarzyć się może i możliwość jej istnienia tak teoretycznie, jak i praktycznie, jest udowodniona.

Pozostaje jeszcze tylko ocenienie mego przypadku z punktu widzenia Rosnera, tj. rozstrzygnięcie, czy była to ciąża brzuszna pierwotna, czy przeszczepiona. Jak już wyżej wspomniałem, rzecz ta rozstrzygnąć się nie da, o ile w narządzie płciowym żadnych nie pozostało śladów, jak to właściwie było w moim przypadku; na każdy sposób wczesny wiek jaja płodowego przemawia więcej za ciążą brzuszną pierwotną, gdyż chyba za mało byłoby czasu, aby np. jajowód powrócił »ad integrum« w tak krótkim czasie, jeżeliby w nim wogóle było usadowione jaje.

W końcu chciałbym na podstawie znalezionego obrazu odtworzyć przypuszczalny sposób powstania ciąży brzusznej u mojej pacyentki. Nie ulega wątpliwości, że jaje wyszło z jajnika lewego, gdyż tam znalazłem świeże ciałko żółte. Najprawdopodobniej zaraz, lub w krótkim czasie po pęknięciu pęcherzyka Graaffa nastąpiło zapłodnienie jednym z plemników, czekających już w sąsiedztwie jajnika, poczem jaje z przyczyn, których nie mogę wyjaśnić, nie weszło do ujścia brzusznego lewego jajowodu, lecz obrało drogę zewnątrz macicy ku ujściu jajowodu prawego. Po drodze napotkało jednak na przeszkodę i przy niej się usadowiło.

Z chwilą udowodnienia możliwości istnienia ciąży brzusznej, można, wstecz patrząc, do kategoryi tej zaliczyć część dawniej opisanych przypadków, chociaż nie w zupełności odpowiadały formułce Veita. Do takich należy także mój pierwszy przypadek.

Dołączone do pracy niniejszej zdjęcia fotograficzne zawdzięczam Doc. W. Reissowi i p. Langowi. Na tem miejscu zechcą za to przyjąć moje podziękowanie.

Objaśnienie rycin.

1. Preparat w całości widziany od przodu. Na przedniej powierzchni jaja, więcej od strony lewej preparatu, miejsce pęknięcia. Zwisająca w dole, po prawej, wypustka sieci była przyczepiona do tylnej ściany prawego więzadła szerokiego.

2. Tensam preparat po przecięciu jaja płodowego. Widoczna wyraźnie jama wśródjajowa. W niej na dole biały zawiązek płodu. Nad nim wypuklenie tylnej ściany skrzepami, leżącymi poza jamą, zaznaczające się jako białawe miejsce na czarnem tle. Wszystko to leży w tylnej połowie przeciętego jaja (na fotografii po prawej). W dole tegosamego przekroju widać bezpośredni związek sieci z zawiązkiem łożyska, które dochodzi tu aż do jamki wśródjajowej. Otoczki zewnętrznej brak w tem miejscu. W przedniej połowie preparatu (na fotografii po lewej) widać ubytki po kawałkach, wyciętych do badania drobnowidowego.

3. Preparat drobnowidowy w słabem powiększeniu. Przed-Przedstawia przekrój w miejscu bezpośredniego związku sieci z zawiązkiem łożyska. Od strony lewej widoczna prawidłowa sieć, ze świeżemi wybroczynami, od prawej prawidłowe kosmki. W środku warstwa komórek doczesnych, zachodząca wypustkami między kosmki, jak to widoczne w dole preparatu.

4. Partya powyższej warstwy komórek doczesnych pod silnem powiększeniem.

Piśmiennictwo. 1) Albertin: Lyon méd. 1903, 27. XII. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1904, Nr 23. — 2) Davis: Bull. of the Lying. In Hospital of the City of Nev York Vol. V. N. 4. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1910, Nr 30. — 3) Gröné: Zentrbl. f. Gyn. 1909, Nr 2. — 4) Gutiérrez: Rev. de med. y cir. práct. Madrid 1904, Nr 825. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1904, Nr 47. — 5) Hammacher: Arch. f. Gyn. t. XCII, str. 594. — 6) Jarzeff: Journ. akusz. 1907, Nr 1—9.

Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1908, Nr 12. — 7) Linck: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. t. XX, z. 6. — 8) Lovrich: Zentrbl. f. Gyn. 1907, Nr 45. — 9) Tenże: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. t. XXVII, zesz. 5—6. — 10) Michin: Rusk. Wracz 1905, Nr 15. Ref. Sittner, Arch. f. Gyn. t. LXXXIV, str. 91. — 11) Rosner: Przegl. lek. 1910, Nr 49. — 12) Seeligmann: Deut. med. Wochschr. 1906, Nr 22. — 13) Vallois: Zentrbl. f. Gyn. 1905, Nr 45. — 14) Veit: Protok. X Zjazdu niem. Tow. gin. w Würzburgu 3—6. VI. 1903. — 15) Vincenzo: Gynecologia 1905, Nr 6. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1906, Nr 14. — 16) Werth: Podręcznik położn. Winckla 1904, t. II, str. 768.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Braillon. **Zapalenia opłucnej u chorych na cukrzycę.** (Revue de med. 1911, Nr. 4). Autor zastanawia się nad przyczynami znanego zresztą faktu częstego występowania gruźlicy płuc, a rzadkiego występowania gruźlicy opłucnej u chorych na cukrzycę. Na podstawie własnego doświadczenia jakoteż danych zaczerpniętych z piśmiennictwa, dochodzi Brail do przekonania, że przyczyną tego faktu jest wielka wrażliwość dotkniętych cukrzycą na zakażenie prątkiem Kocha; opłucna tych chorych nie może powstrzymać przejścia zakażenia na tkankę płuc. Analogiczne fakty stwierdzić można w doświadczeniach na zwierzętach po wstrzyknięciu zawiesiny prątków gruźliczych do jamy opłucnej. U zwierząt wrażliwych na gruźlicę, jak świnka morska np., nie występuje gruźlica opłucnej, lecz ogólne zakażenie. Przy podobnem doświadczeniu na psie, który jest odporniejszy, powstaje zapalenie opłucnej i zakażenie ogranicza się. Wobec tego, jeżeli u chorych na cukrzycę występują objawy zajęcia opłucnej, to trzeba przypuszczać zapalenie ropne. Dr L. Mańkowski.

Lilienstein. **Bezkrwawe puszczenie krwi** (phlebostasis). (Med. Klinik 1912, Nr 8). L. zachwala bardzo t. zw. »bezkrwawe puszczenie krwi«, czyli zatrzymanie na pewien czas w kończynach pewnej ilości krwi, celem zmniejszenia krążenia, a przez to ulżenia sercu pracy. Skutek potem bywa nietylko chwilowy, ale nieraz stały. Wskazania: grożący udar mózgu, zapalenie opon, mocznica, objawy zastoju żylnego i t. p. Przeciwwskazania: skłonność do tworzenia się skrzepów i obrzęki lub żylaki kończyny. Zastoinę wywołuje się dogodnie mankietem Recklinghausena ew. odpowiednio zmodyfikowanym, jeżeli chodzi o równoczesny silniejszy zastój na kończynach. W kończynie górnej można zatrzymać w ten sposób około 150 grm. krwi. K.

Schiff i Żak. **Badania nad patogenezą dnawych zaników mięśni.** (Tow. lek. Wiedeń 23. I. 1912). W następstwie zmian stawów, zwłaszcza na tle dny, rozwijają się nieraz nader szybko zaniki okolicznych mięśni. Cechuje je prócz szybkiego rozwoju niestosunek zaniku do sprawy stawowej i przeważanie zaniku w mm. prostujących. Mięsień zajęty okazuje drobnowidowo obraz zwykłego zaniku; klinicznie stwierdza się brak odczynu zwyrodnienia, a zmniejszenie się pobudliwości nerwowej. Dla wytłomaczenia tego zaniku podano dwie teorye: 1) mechaniczną, 2) odruchową. Autorzy przeprowadzali doświadczenia na zwierzętach celem wykrycia przyczyny tego zaniku i doszli do przekonania, że teorya odruchowa nie ma podstawy i przyczyny szukać należy jedynie w nieczynności danych mięśni. A.

Gougerot i Gy. **Wielogruczołowa niedostateczność wydzielania wewnętrznego.** (Nouvelle Iconogr. de la Salp. 1911, Nr 6). Cordier i Rebattu. **Infantylizm wsteczny czyli późny.** (Ibidem).

Wyodrębnienie zbioru objawów wielogruczołowej niedostateczności wydzielania wewnętrznego zawdzięczamy Claude i Gougerotowi, którzy w roku 1907 stwierdzili, że oprócz objawów chorobowych, zależnych od zajęcia jednego jakiegokolwiek gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem (np. obrzęk śluzowaty, akromegalia itd.) istnieją przypadki, gdzie jednocześnie lub następowo jest zajętych kilka gruczołów i wtedy obraz chorobowy jest bardzo złożony. Taki właśnie przypadek opisują szczegółowo Gougerot i Gy. U zupełnie zdrowego, silnego fizycznie mężczyzny wystąpiły po jakiemś nieokreślonem zakażeniu objawy ogólnego fizycznego i psychicznego osłabienia, pojawiła się wrażliwość na zimno, włosy zaczęły wypadać. Jednocześnie zaczął słabnąć popęd płciowy i nastąpił zanik narządów płciowych. W końcu pojawiła się pigmentacya skóry, obniżenie parcia ościennego, tj. objawy ze strony nadnerczy. Chory zmarł. Na sekcyi znaleziono wybitne zmiany we wszystkich gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem. Autorowie podkreślają, że wyodrębnienie kliniczne zbioru wielogruczołowej niedostateczności ma znaczenie nietylko teoretyczne, ale i praktyczne, gdyż w pewnych przypadkach, gdy opoterapia jednogruczołowa zawodzi, opoterapia wielogruczołowa może doprowadzić do polepszenia, a może nawet i wyleczenia.

Niedostateczności wydzielania wewnętrznego wielu gruczołów dotykają również Cordier i Rebattu. Ale dotykają w inny zupełnie sposób. Starają się oni wyodrębnić ze zbioru objawów Claude i Gougerota szereg przypadków, mających to wspólne między sobą, że chociaż było zajętych kilka gruczołów, na pierwszy plan występowało zajęcie gruczołów płciowych: zanik ich, zanik popędu płciowego, wreszcie objawy wsteczne infantylizmu fizycznego i psychicznego. Należy dodać, że wszystkie te objawy występowały u ludzi w kwiecie wieku, między 20. a 30. rokiem życia, którzy ukończyli rozwój fizyczny, płciowy i umysłowy i nie objawiali w tym względzie żadnej niedomogi. Autorowie, idąc w ślady Gandy, nazywają takie przypadki infantylizmem wstecznym albo późnym. Z wyżej wspomnianych względów nie można odnosić tych przypadków do infantylizmu prawdziwego. Co się tyczy anatomii patologicznej takich przypadków, to chociaż znajdowano zanik wielu gruczołów, jednakże najwybitniejsze zmiany były w gruczołach płciowych i tarczycy. Zajęcie gruczołów płciowych było stałe i przeważające. Co się tyczy leczenia, to opoterapia dała wyniki sporne, a w każdym razie tylko przejściowe. Autorowie zebrali 20 spostrzeżeń, w tej liczbie 3 własne, których opis podają. Dr L. Mańkowski.

1) Magalhaes Lemos. **Gigantyzm, infantylizm i akromegalia.** (Nouvelle Iconogr. de la Salpetrière 1911, Nr 1). 2) Mossé. **Zniekształtnienie akromegaliczne nietypowe.** (Ibidem Nr 4). 3) Mikulski. **Otępienie przedwczesne. Akromegalia nietypowa.** (Ibidem Nr 4).

Im więcej poznajemy zasadnicze cechy infantylizmu, tembardziej musimy dojść do przekonania, że infantylizm można spostrzegać nietylko u ludzi wzrostu małego, ale średniego, a nawet bardzo wysokiego. Tym sposobem gigantyzm łączy się z jednej strony z infantylizmem, z drugiej zaś strony istnieje bezsprzeczny związek gigantyzmu z akromegalią. Opis rzadkiego przypadku gigantyzmu, w którym z objawami akromegalii łączyły się objawy infantylizmu, podaje Lemos. Mężczyzna 21-letni przy ogromnym wzroście (2 metry 10 ctm.) okazuje cały szereg zmian morfologicznych i czynnościowych, charakteryzujących infantylizm: szczątkowe narządy płciowe, brak wzwodu i popędu płciowego, zupełny brak uwłosienia na wzgórku łonowym. Przytem jest on bardzo słabo rozwinięty umysłowo jak na swój wiek. Prócz tego zauważyć u niego można zwiększenie kości twarzowych, kości rąk i nóg, bole głowy i zaburzenia ze strony oczu (objawy akromegaliczne).

Po bardzo szczegółowem omówieniu przypadku i porównaniu go z innymi, zaczerpniętymi z literatury tego przedmiotu, dochodzi autor do przekonania, że przyczyną schorzenia w danym przypadku jest przerost przysadki mózgowej. Zmiana ta jest pierwotną, ale prawdopodobnie i inne gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem (tarczyca, a szczególnie jądra) biorą też mniej lub więcej czynny udział w ostatecznym wyniku zmian.

Można przyjąć wprawdzie istnienie gigantyzmu nabytego bez żadnej predyspozycyi, jednakowoż przeważnie trzeba przyznać pewne znaczenie i dziedziczności i wpływom chorobowym w czasie życia płodowego. W każdym razie można powiedzieć, że gigantyzm sam w sobie jest bezpośrednio wskazówką zwyrodnienia ustroju.

Oprócz akromegalii czystej, klasycznej, pojawiającej się około 30—35. roku życia, istnieją zaburzenia, które, chociaż zbliżone, nie mogą jednakowoż być z nią identyfikowane. Opis takiego przypadku podaje Mossé. Chory Mosségo ma ogromne kończyny, cierpi na częste bole głowy, nie można natomiast zauważyć u niego powiększenia nosa, języka, ani też siodła tureckiego. Radyogram czaszki okazuje tylko ogromne rozmiary zatoki czołowej. Nietypowy także przypadek akromegalii podaje Mikulski. U chorego istnieje przerost nosa, warg, języka, szczęki dolnej, zniekształtnienie czaszki i garb, brak zaś powiększenia kończyn. Przypadek ten ciekawy jest i z tego powodu, że towarzyszy mu choroba umysłowa w postaci otępienia przedwczesnego. Przypadków podobnych opisano dotychczas dwa. Częściej towarzyszy akromegalii psychoza maniakalno-depresyjna. Dr L. Mańkowski.

Pedyatrya.

Feibelmann. **Podwójny nawrót odry.** (Archiv. f. Kinderh. t. LVII, z. 1—3). Spostrzeżenie kliniczne typowej odry u 6-letniego chłopca, poprzedzonej wysypką zwiastunną, pęcherzykowatą, która zajmowała całą skórę z wyjątkiem twarzy i błonę śluzową ust; następnego dnia wysypka ta ustąpiła, natomiast pojawiły się plamki Koplika i pierwsze wykwity wysypki odrowej. Po 10. dniach zapadł chłopiec powtórnie na typową odrę z plamkami Koplika; wreszcie 19 dnia po nawrocie wystąpił drugi nawrót, okazujący te same cechy, jak poprzedni. Bujak.

G. E. Wladimiroff. **O języku malinowatym u dzieci.** (Archiv. f. Kinderh. t. 57, z. 1—3). Powstawanie języka malinowatego u dzieci tłomaczy autor tem, że wysypka płonicza zajmuje nietylko błonę śluzową podniebienia miękkiego i gardła, lecz także błonę śluzową języka, który na zapalną podnietę oddziaływa zmętnieniem nabłonka, wywołującem początkowy okład na języku; nabłonek ten obumiera i złuszcza się mechanicznie, pozostawiając nabłonek więcej przeźroczysty, przez który przebija wyraźniej czerwona barwa języka i powiększone skutkiem obrzęku zapalnego brodawki. Język malinowaty napotyka się najczęściej w płonicy, jednak można go widzieć i w przebiegu odry, o ile jama ustna jest w silniejszym stopniu dotknięta wysypką; autor spostrzegał także język malinowaty u dziecka, cierpiącego na nieżyt przewodu pokarmowego. Bujak.

Paul Sommerfeld. **Przyczynek do epidemiologii błonicy.** (Archiv. f. Kinderh. t. 57, z. 1—3). Z 368 dzieci, leżących na niezakaźnych oddziałach szpitala berlińskiego, znaleziono prątki błonicze w gardle u 8 dzieci (2·1%), a mimo, że dzieci tych nie oddzielono, nie wydarzył się żaden przypadek zakażenia, jak okazało badanie bakteryologiczne po pewnym czasie. Na oddziale płoniczym znaleziono wśród 22 chorych jednego przenosiciela zarazków błoniczych; i tutaj nie zaszedł ani jeden przypadek zakażenia. Inaczej jednak wypadło badanie u 23 dzieci z oddziału niezakaźnego, na który dostał się przypadkowo chory na błonicę gardła i nosa: u 5 dzieci (22%) wykazano prątki błonicze. Wobec takich wyników nasuwa się przypuszczenie, iż prątki, pochodzące z przenosicieli, są mniej jadowite. Doświadczenia na zwierzętach nie potwierdzają jednak tego domysłu: z 19 świnek morskich, szczepionych hodowlami z przenosicieli, padło 17.

Z 305 dzieci, opuszczających oddział błoniczy między 5—35. dniem pobytu w szpitalu, u 160 znaleziono prątki; równocześnie badano także osoby, przychodzące po odbiór tych dzieci, przyczem u 99 wykazano prątki. Z 26 dzieci, mających w gardle prątki w chwili opuszczenia oddziału błoniczego, 7 miało je przez dłuższy czas (do 3. miesięcy) zaś z towarzyszących im osób jedna po 4 tygodniach, druga jeszcze po 3 miesiącach. Bujak.

H. Roeder. **Spostrzeżenia nad leczeniem żelazem.** (Archiv. f. Kinderh. t. LVI, z. 4—6). Korzystne wyniki leczenia błednicy i bezkrwistości feroglidyną (pastylka zawiera 0·025 żelaza) znajdują uzasadnienie w doświadczeniach na zwierzętach, którym podawano przez dłuższy czas ten przetwór. Okazało się mianowicie, iż wątroba ich zawiera 2—3 razy więcej żelaza, niż wątroba zwierząt kontrolnych. Zawartość żelaza oznaczono sposobem Salkowskiego. Bujak.

Otto Ebert. **Kamienie nerkowe w wieku dziecięcym.** (Med. Klinik, 1912, Nr 10). Autor przytacza przypadek kamienia nerkowego u 6-letniego chłopca, gdzie operacyę pyelolitotomię poprzedziły typowe napady kamicy nerkowej z równoczesnem wystąpieniem moczu mętnego z domieszką krwi i krwawego śluzu. Kamień był wielkości $1^1/_2$ cm szczawianowy z domieszką moczanów. Autor radzi nie tracić długo czasu na podawanie środków wewnętrznych (urotropina, borowertyna, cystopuryna, czy helmitol) lub na leczenie glicerynowe wedle Hermana, lecz jeśli rentgenogram wykaże cień w nerce, należy nie zwlekać z operacyą. Rozpoznanie oprzeć należy na gwałtownych napadach kolki, krwawym moczu, badanie osadu, ale najpewniejszy jest wynik prześwietlenia promieniami Röntgena. Bolesność w okolicy nerek nie jest wcale charakterystyczną dla kamicy, chyba że istnieje równocześnie wodonercze lub roponercze. W dalszym ciągu zastanawia się autor nad przyczynami tak wczesnego występowania kamieni i powołując się na innych autorów, uznaje za nie dziedziczność, względnie rodzinne usposobienie, zwłaszcza dnę rodziców, dalej pożywienie, głównie z ciężkostrawnych, węglowodanowych straw, także choroby, ograniczające ruch, jak sercowe, nerkowe (głównie zapalenie nerek po płonicy), wreszcie nieznane dotąd wpływy endemiczne. I tak kamica nerkowa zdarza się częściej u dzieci na Węgrzech, w Anglii, Turcyi, Górnym Ślązku, niż gdzieindziej. M. Mondschein.

Comby. **Tasiemiec u oseska.** (Arch. de méd. des enfants, t. XIV, Nr 7, 1911). Obecność tasiemca u oseska jest rzeczą bardzo rzadką, co się tłómaczy dyetą wyłącznie, lub prawie wyłącznie mleczną. Comby przytacza dwa wyjątki od tej reguły. Pierwszy dotyczy 5-miesięcznego oseska (Madryckie Tow. lek.), drugi podaje C. z własnej praktyki, ciekawy ze względu na etyologię. Dziecko 9-miesięczne, od 3 miesięcy karmione sokiem z surowego mięsa wołowego, w stolcach członki tasiemca przewierconego. Po podaniu wyciągu eterycznego paproci odejście licznych członków z wyjątkiem główki. Po 3 latach autor znowu ma sposobność stwierdzić u tejże chorej obecność tasiemca; podanie świeżych nasion dyni usuwa tasiemca razem z główką. Warunkiem skuteczności nasion dyni jest bezwzględna świeżość. Dr T. T.

Marfan. **O wielkim, wiotkim brzuchu u oseskόw.** (Arch. de méd. des enf. t. XIV, Nr 8, 1911). Oprócz powiększeń brzucha z powodu obecności w jamie brzusznej wolnego płynu, guzów nowotworowych, z powodu obrzęku śledziony, wątroby itp., odróżnia autor jeszcze dwie odrębne formy powiększonego brzucha u oseskόw: wielki brzuch napięty (gros ventre tympanique) i wielki brzuch wiotki (gros ventre flasque). Pierwszy typ znamionuje się silnem napięciem powłok brzusznych i dźwięcznością odgłosu opukowego.

Jest on zwykle zjawiskiem przejściowem i występuje w przebiegu nieżytów jelita lub zapalenia otrzewnej, bardzo zaś rzadko jest wyrazem nerwicy, polegającej na połykaniu powietrza i zatrzymywaniu go w jelitach; najrzadziej zaś spotyka się wielki brzuch wzdęty w postaci przewlekłej, która jest następstwem przewlekłych nieżytowych biegunek, uporczywego, bardzo znacznego zaparcia stolca, najrzadziej zaś następstwem gruźlicy gruczołów krezkowych lub schorzeń wątroby.

We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem wspomnianej nerwicy, przyczyną wzdęcia brzucha jest, według autora, napięcie, »wzwód« ściany jelita, wywołane przekrwieniem czynnem lub biernem w następstwie zmian nieżytowych lub zastoinowych tak, że rozdęcie jelit gazami jest rzeczą podrzędną. W przeciwieństwie do tej formy, wielki wiotki brzuch jest miękki, daje się łatwo ugnieść, główna jego masa zajmuje boczne części, odgłos opukowy jest głuchy, przy wstrząsaniu czuć przelewania pochodzenia żołądkowego. Jednym z najważniejszych objawów tego typu jest wiotkość ścian jamy brzusznej, czego wyrazem jest bardzo często rozstęp mięśni prostych z następową przepukliną.

W dość licznych przypadkach wytwarza się wielki wiotki brzuch bez jakichkolwiek poprzednich zaburzeń żołądkowo-jelitowych; w większości jednak przypadków poprzedzają jego powstanie biegunki nieżytowe lub zaparcie stolca z wymiotami; objawy te zmniejszają się powoli i wreszcie znikają z chwilą wytworzenia się zwiększenia brzucha, na ich miejsce zaś zjawia się niestrawność z niedowładu jelit ze zmiennością apetytu, zaparciem stolców, zmniejszeniem kwaśności treści żołądkowej i zwiększeniem fermentacyi jelitowej. Ponieważ autor u wszystkich dzieci z wielkim wiotkim brzuchem znalazł mniej lub więcej wybitne objawy krzywicy, dlatego łączy w ścisły związek obie te sprawy i uważa wielki wiotki brzuch za objaw krzywicy. W przeciwieństwie do brzucha napiętego, spotykamy tu zwiotczenie ścian żołądka i jelit, powiększenie zaś brzucha tłomaczy autor przedewszystkiem zwiększeniem masy całego jelita, zwłaszcza cienkiego, co jest następstwem zwiększonej długości przewodu pokarmowego. To wydłużenie jest zupełnie odmienne od wydłużenia w chorobie Bednara. Jakobiego, gdzie spotykamy wydłużenie tylko pętli esowatej, jako zmianę wrodzoną; natomiast tu wydłużenie dotyczy całego jelita i rozwija się w życiu pozapłodowem. Badanie makro- i mikroskopowe nie stwierdza żadnych zmian zapalnych, tylko ścieńczenie warstwy mięsnej żołądka i jelit i właśnie temu ścieńczeniu przypisuje autor wydłużenie jelita. Również zmniejszone napięcie powłok brzusznych polega na zwiotczeniu mięśni. Przyczyną wielkiego wiotkiego brzucha są te same czynniki, które wywołują i krzywicę; występuje on wyraźnie dopiero po 6. miesiącu życia, trwać zaś może miesiące, a nawet lata; po czwartym roku życia zwykle się go już nie spotyka. Leczenie, jak przy krzywicy.

Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 4. marca 1912.

1) Czł. M. Siedlecki przedstawia pracę prof. Karola Kleckiego: **O wpływie emanacyi radu na fagocytozę mikrobów.**

Autor dokonał 28 doświadczeń, z których 26 wykonał z mikrobami, mianowicie prątkiem okrężnicy, gronkowcem ropotwórczym złotym i prątkiem gruźlicy ludzkiej. Na tej zasadzie autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Emanacya radu, uwolniona z wody, w której znajduje się w ilości, wynoszącej 1,000.000 jednostek emanacyjnych w 1 litrze, wywiera wpływ na fagocytozę mikrobów. 2) Wpływ ten na pożeranie rozmaitych mikrobów jest różny: potęguje on fagocytozę prątka okrężnicy i gronkowca ropotwórczego złotego, a osłabia fagocytozę prątka gruźlicy. 3) Emanacya radu działa zarówno na fagocyty, jak na mikroby. 4) Emanacya radu może działać na różne mikroby rozmaicie: na prątka okrężnicy i gronkowca ropotwórczego złotego działa ona inaczej, niż na prątka gruźlicy ludzkiej. 5) Spotęgowanie fagocytozy prątka okrężnicy przez emanacyę radu pochodzi w wyższym stopniu z działania jej na fagocyty, w mniejszym zaś stopniu z działania jej na pożerane mikroby.

2) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy, wykonanej wspólnie z p. J. Roblem: **O a-filoheminie i wzorze a-filoporfiryny.**

Autorowie podają analizy, których dokonali przy badaniu a-filoheminy otrzymanej z a-filoporfiryny przez działanie soli żelazawych w obecności kwasu octowego i soli kuchennej. Otrzymane wyniki zgadzają się z teoretycznie obliczonymi dla wzorów $C_{12}H_{32}N_4O_2FeCl$ i $C_{32}H_{34}N_4O_2FeCl$; wykluczają zaś możliwość wzorów $C_{33}H_{34}N_4O_2FeCl$ i $C_{34}H_{36}N_4O_2FeCl$. Z tego wynika, że a-filoporfiryna może mieć skład $C_{13}H_{34}N_4O_2$ albo $C_{22}H_{36}N_4O_2$. Ten ostatni wzór proponowany już był przez Schuncka i Marchlewskiego. Za nim przemawiają też nowsze analizy a-filoporfiryny.

3) Czł. Ad. Prażmowski przedstawia pracę własną: **Studya nad azotobakterem. Część pierwsza: Morfologia i cytologia.**

4) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. J. D. Borkowskiego p. t.: **Zarys teoryi chemicznej zjawisk hemolizy i hemaglutynacyi.**

Z badań autora wynika, co następuje: 1) Pod wpływem podwyższonej ciepłoty, wyładowań elektrycznych, działania wody, roztworów hypotonicznych, alkoholu, eteru itd. wypadają z zawiesiny kurzego białka globuliny; pod wpływem tych samych czynników wypadają z krwinek globuliny, przyczem następuje hemoliza. 2) Kwasy i ługi hemolizują, ponieważ tworzą z białkami łatwo rozpuszczalne związki. 3) Ciała i związki, które tworzą z białkami strąty rozpuszczalne w nadmiarze białka, hemolizują, w wyższych zaś stężeniach aglutynują. 4) Ciała, tworzące z hemoglobiną strąty, aglutynują; hemolizy w tych przypadkach być nie może. 5) Ciała, które, podobnie jak rycyna, strącają lecytynę, działają tylko aglutynująco.

Zjawisko hemolizy jest zależne według autora nie od morfologicznych, lecz od chemicznych własności wszystkich składników krwinek. Zjawiska hemolizy i aglutynacyi są wynikiem zaburzenia chemizmu krwinek, wywołanego przez jakikolwiekbądź czynnik. Z ogólnych własności chemicznych danego ciała można przewidzieć jego działanie na krwinki, t. j. można przewidzieć, czy ciało tylko hemolizuje, czy tylko aglutynuje, czy wreszcie w słabszych stężeniach hemolizuje, w wyższych zaś aglutynuje.

(Przedmiot 2 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 28 lutego 1912 r.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 110.

1) Koledzy Dr Bańkowski i Dadej przedstawiają hodowle i preparaty **zarazka krztuśca.**

Wspólnie z kolegą Dadejem otrzymaliśmy czystą hodowlę zarazków krztuśca z przypadku ambulatoryjnego (klin. chor. dzieci). Po podrażnieniu krtani i wywołaniu kaszlu wzięta była przez kol. Dadeja wydzielina zapomocą

tamponu (jak przy błonicy) i przeniesiona na agar glicerynowo-ziemniaczany z krwią króliczą, sporządzony według przepisu Bordeta. Wyosobniona hodowla posiada wszystkie cechy, charakteryzujące krztusiec. Ogólną charakterystykę zarazka krztuśca podali odkrywcy: Bordet i Gengou, dokładniej zbadali go Sulima, Fraenkel, Arnheim, Seiffert, Klimenko i inni. Główne cechy hodowli i zarazka przytaczamy, opierając się głównie na pracy Klimenki (Cbl. f. Bakt. 1909, T. 50, str. 305). Wprost z ustroju udaje się hodowanie tylko na agarze Bordeta[1]). Należy wybierać początkowe okresy choroby (okres nieżytowy). Kolonie widoczne są po 2 dniach w postaci bardzo drobnych, wypukłych, okrągłych, błyszczących kropli. Przyzwyczajony do pożywki, rośnie szybciej. Po paru miesiącach rośnie na wszystkich pożywkach. Charakterystycznie rośnie na mleku (klaruje i alkalizuje). Należy do tlenowców. Optimum ciepłoty 36^0-38^0. Oddziaływanie pożywki obojętne albo słabo zasadowe. Nasz szczep z początku rósł tylko na agarze Bordeta, po paru tygodniach na zwykłym agarze nie rośnie, rośnie na agarze surowiczym, bulionie surowiczym, ziemniaku z wodą glicerynową polanym krwią. Rośnie na agarze glicerynowym z krwią króliczą i z krwią świnki morskiej, ginie przy użyciu krwi bydlęcej. Sam zarazek jest $1^1/_2-2$ razy większy od zarazka grypy, ma postać laseczki zaokrąglonej, pojedyncze osobniki różnią się pod względem wielkości, układa się niekiedy w dwoinki, zwrócone ku sobie końcami, lub w postaci łańcuszków. Odróżniają niektórzy dwa typy: krótki okrągławy, zbliżony do ziarenkowców, wydłużony. Zarazek krztuśca nie tworzy osłonek, zarodników nie daje, nie posiada rzęsek, jest nieruchomy. Barwi się naogół wszystkimi barwikami anilinowymi w alkoholowych, a zwłaszcza w alkoholowo-karbolowych rozczynach. Jest gramo-ujemny. Barwi się dwubiegunowo, zwłaszcza przy użyciu błękitu toluidynowego[2]). Barwik ten najwłaściwszym jest dla odróżnienia prątka krztuśca od innych bakteryi. Prątek krztuśca barwi się słabiej fioletowo z odcieniem różowym (metachromazya), inne bakterye silnie niebiesko (barwię krótko — 2—3 sekundy — preparat ostudzony po utrwaleniu w płomieniu). Chorobotwórczość: Najsilniej oddziałują białe myszy, morskie świnki, szare myszy, gołębie, zwłaszcza przy wstrzyknięciu śródotrzewnem. W naszym przypadku po wstrzyknięciu 24-godzinnej hodowli bulionowej w ilości dużej, mysz padła po 10 godzinach. Ze krwi wyhodowaliśmy zarazki krztuśca. Większość badaczy twierdzi, że działanie chorobotwórcze jest wynikiem endotoksyn, zawartych w ciałach bakteryi. Młode psy, koty, małpy zapadają na krztusiec po zakażeniu śródtchawicznem. Zwierzęta nie zakażone, utrzymywane razem z choremi, również ulegają zakażeniu (Klimenko). W surowicy krwi chorych na krztusiec i uodpornianych zarazkami zwierząt znajdować się mają ciała swoiste, aglutyniny i ciała powodujące odchylenie dopełniacza. W tym kierunku wyniki badań nie są zgodne. Dla wykonania aglutynacyi najlepiej posługiwać się metodą, opisaną przez Odaizę (Cbl. f. Bakt. 1911 H. 2), a to celem uniknięcia aglutynacyi przez rozczyn soli i usunięcia resztek podłoża (krwi). Odaiza znalazł, że surowica królików, uodpornionych zarazkami krztuśca, aglutynowała swoiście w rozczynie 1:80 do 1:160, dawała możność wyróżnić dwa typy zarazków krztuśca od siebie i oba te typy od innych hemoglobinofilnych bakteryi (influenza, caninus haemoglobinoph. Friedbergeri, meningitidis cerebrospinalis septicaemis. Cohena — otrzymany w swoim czasie w hodowli czystej przez Dra Bujaka). Odaiza, również jak i Cohen i Fitzgerald doszli do wniosku, że surowice swoiste działają silniej aglutynująco; wiązanie dopełniacza występuje mniej wybitnie. Bächer i Menschikoff (Cbl. f. Bakt. 1911 z. 3) nie mogli znaleźć w surowicy chorych na krztusiec ciał swoistych, powodujących wiązanie dopełniacza; znaleźli je u chorych, leczonych szczepionkami bez widocznego wpływu na przebieg choroby. W przeciwieństwie do tego Bordet i Gengou, Gengou i Brunard polecają sposób wiązania dopełniacza, jako dobry sposób rozpoznawczy, zwłaszcza w przypadkach, kiedy objawy kliniczne są niewyraźne (u dorosłych). Z polskich prac znana mi jest praca Kona. Autor stwierdzał aglutynacyę z surowicami chorych dzieci (1:80, na 100, w 4 przypadkach na 250). Bliżej nie podaje metody, jaką posługiwał się, zaznacza tylko, że do zawiesiny używał płynu Kocha. Aglutynacyę wykonałem z surowicą ozdrowieńca po krztuścu dwukrotnie. Raz otrzymałem w rozczynie 1:100 (niewyraźną), po raz drugi w rozczynie 1:70 zupełnie wyraźną. Wiązanie dopełniacza z przyczyn ubocznych nie dało mi na razie wyniku przekonującego. Wynik aglutynacyi oczywiście traktuję jako oryentacyjny. Sprawa powstawania ciał swoistych w surowicy i sama etyologia krztuśca nie są z całą dokładnością wyjaśnione i wymagają dalszych badań. Świadczą o tem przytoczone wyżej wyniki, oraz b. rozmaite cyfry otrzymywania hodowli z przypadków krztuśca, podawane przez rozmaitych autorów.

(Przedstawiono hodowle na agarze z krwią, agarze surowiczym, bulionie surowiczym, zdjęcia fotograficzne, wykonane przez Prof. Bujwida — hodowli i preparatów, barwionych fuksyną. Pod mikroskopem: oryginalny preparat krztuśca, przywieziony od Bordeta (ze zbiorów kliniki pedyatrycznej), preparaty, barwione błękitem toluidynowym, metodą Dr Eisenberga (cyanozin + chinablau), tuszem). (Streszczenie własne).

2) Kol. Prof. Kader przedstawia szereg operowanych przez siebie chorych oraz przypadek **kilaka** na lewym policzku, sprawiający trudności rozpoznawcze.

W dyskusyi przemawiali:

Kol. prym. Borzęcki odnośnie do chorego, przedstawionego przez kol. Kadera ze zmianami w okolicy policzka lewego sądzi, że rozpoznać należy sprawę kiłową, dodając, że rozpoznanie w podobnych przypadkach nie zawsze zostaje wyjaśnionem odczynem Wassermana. W przypadkach bowiem kiły późnej, — zwłaszcza jednoogniskowej, — odczyn może być ujemny. Jeżeli zaś wynik badania klinicznego przecież usprawiedliwi rozpoznanie zmiany kiłowej, to podanie choremu dużych dawek jodku potasu, 3—5 gr. pro die, najczęściej już w krótkim czasie daje wynik leczniczy.

Kol. Dr Rosenhauch podnosi, że podobny przypadek zdarzył się w krakowskiej klinice okulistycznej. Chora ze zmianami na skórze w okolicy pachwinowej, podszczękowej i przyusznej, leczona w kilku zakładach jako gruźlica, zgłosiła się z powodu guza gałki lewej. Odczyn tuberkulinowy ujemny, Wassermanna dodatni [1]). Radca Dw. Prof. Wicherkiewicz zastosował wstrzyknięcie wśródżylne salwarsanu. Po kilku tygodniach zmiany w skórze i gałce ustąpiły niemal zupełnie.

Kol. Prof. Gliński odnośnie do ostatniego przypadku zaznacza, iż badanie mikroskopowe nadesłanego do zakładu anatomii patologicznej wycinka z tego przypadku nie stwierdziło w nim nic charakterystycznego, w szczególności nic takiego, co mogłoby uprawniać do rozpoznania raka lub promienicy. Również w wycinku tym nie stwierdzono nic podejrzanego w kierunku kiły, co zresztą

---

[1]) Agar Bordeta, 200 cm. 4% wody glicerynow. + 100_0 pociętych ziemniaków. 15 min. w autokl. przy 115^0, przesączyć przez płótno. 50 cm. tego odwaru + 150_0 NaCl.—0·85% kwadrans w autoklawie przy 115^0. Przy rozlewaniu do próbówek równa ilość krwi króliczej odwłóknionej.

[2]) Błękit toluidynowy $5_{,0}$ Alcohol abs. 100_0, woda 500_0. Po rozpuszczeniu na zimno 5% woda karbolowa—500_0.

Uwaga. Z 2. przypadku obecnie również wyosobniliśmy czystą hodowlę krztuśca.

[1]) Badanie drobnowidowe nie wykazało zmian znamiennych ani dla gruźlicy, ani dla nowotworu.

w przypadkach kiły, zwłaszcza przy badaniu drobnych wycinków, jest zjawiskiem wcale pospolitem.

3) Kol. Dr Jekels miał wykład: **O psychoanalizie Freuda.**

Prelegent omawia na wstępie pojęcie »nieświadomego«, które wykazywane i stwierdzane przez każdą analizę newrozy lub marzenia sennego, przestało być problematem spekulacyi filozoficznej i stało się zjawiskiem psychologicznem. Napomknąwszy o przełomowej doniosłości tego zjawiska dla filozofii, wskazuje na to, że to »nieświadome« dzieli psychoanalizę od dotychczasowej psychologii, (tak introspektywnej jak i eksperymentalnej), dla której naogół nie istnieje »nieświadome« w psychice naszej i która stoi na stanowisku, że wszystko, co psychiczne, jest świadomem. Ta zasadnicza różnica tłómaczy się tem, że psychologia szkolna nie zna i nie stosuje w swych badaniach metody, którą się psychoanaliza posługuje, — a która jedynie i wyłącznie prowadzi do tych głębokich warstw psychiki, w których się odnajdują nieświadome zespoły.

Omawiając w dalszym ciągu metodę psychoanalizy, przedstawia prelegent rozwój psychoanalizy: metodę katartyczną Brenera, metodę nalegania Freuda i wreszcie tegoż metodę »swobodnych kojarzeń«, — przyczem wykazuje, w jaki sposób Brener i Freud doszli do ustalonego już dziś poglądu, że objaw chorobowy w newrozie jest zniekształconym, celowo dla świadomości chorego spreparowanym tworem zastępczym pewnych niecenzuralnych, więc dlatego stłumionych i w nieświadomość popadłych prądów psychicznych, — które w tej zmienionej szacie niejako legitymują się przed świadomością chorego, i tylko w tej postaci uzyskują prawo bytu, — przyczem prelegent obszerniej omawia cały szereg zjawisk, jako to: normalne zapominanie, tłumienie i t. d.

Omawiając treść i zawartość tych stłumionych, nieświadomych kompleksów wskazuje na to, że istotnie zgodnie z twierdzeniami Freuda w każdym przypadku newrozy wykrywa psychoanaliza stłumienia seksualne jako najgłębszy podkład i jako motor newrozy, omawia następnie rozwój psychoseksualizmu, przyczem wskazuje na seksualizm dziecięcy, tudzież na to, że sposób oddziaływania psychiki naszej na życie jest ściśle i wyłącznie uwarunkowany przebiegiem rozwoju naszego psychoseksualizmu.

W końcu wskazuje prelegent na niepraktykowane po za tem w nauce postępowanie przeciwników psychoanalizy, którzy, nie czyniąc doświadczeń metodą psychoanalizy, zaprzeczają jej odkryciom. (Streszczenie własne).

Za sekretarza dorocznego: Dr Sikorski.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie dnia 12. XII. 1911 r.

1) Rogalski przedstawia chorą **z guzem w oczodole lewym i to prawdopodobnie natury kiłowej.** Chora, przysłana do zbadania z kliniki okulistycznej prof. Wicherkiewicza, w wieku 37 lat, podaje, że od 8. roku cierpi na gościec stawowy, w 18. roku przechodziła zimnicę, a między 20. a 30. rokiem kaszlała i pluła krwią. Przed 15 laty wyszła za mąż. Pierwszy poród prawidłowy, dziecko żyje, zdrowe; następne dwa poronienia w 5. i 3. miesiącu, które chora miała sprowadzać sama, gdyż mąż miał gruźlicę płuc i nie chciał mieć dzieci. Chorób wenerycznych miała nie przechodzić. Od jesieni 1910 do lata 1911 miała chora ulegać nieraz urazom w głowę w okolicę ciemieniową, uderzając się o futrynę nizkich drzwi piwnicy. W jesieni 1910 zgłaszała się do lekarza z powodu kłucia w oczach; rozpoznano nieżyt spojówek i polecono zakraplanie. W czerwcu 1911 zauważyła chora, że przy czytaniu widzi litery podwójnie, co usuwała przez zamykanie oka lewego. Po kilku tygodniach spostrzegło otoczenie, że lewe oko chorej jest większe, więcej okrągłe, a lewa źrenica szersza. Chora przypomina sobie, że zmiana ta wystąpiła od czasu, gdy chora przestała używać przepisanego jej jodu z powodu kłucia w piersiach. Po dwóch miesiącach dołączył się do tych objawów ból głowy lewostronny, który dopiero w listopadzie się zmniejszył. Stosowne wcierania rtęciowe wpłynęły dodatnio: oko lewe mniej stawało się wypukłe i ból głowy zmniejszał się. Ustrój chorej nie znosił jednak rtęci i trzeba było przerwać leczenie.

Badanie wykazuje następujące objawy chorobowe: Przy opukiwaniu czaszki odnosi chora wrażenie, że uderzenia po stronie lewej są głuchsze, niż po prawej, przy dalszem zaś badaniu znajdujemy zmniejszenie czucia dotykowego i bólowego w obrębie pierwszej i drugiej gałązki nerwu trójdzielnego, silniejsze w zakresie pierwszej. Ruchy powiekami i gałką oczną po stronie prawej we wszystkich kierunkach prawidłowe i wydatne. Po stronie lewej unosi chora powiekę górną tylko o tyle, o ile może to wykonać przy pomocy mięśnia czołowego. Przy patrzeniu zaś wprost gałka lewa zbacza o około 20° na zewnątrz. Gałka oczna lewa jest wysadzona, fałd brwiowo-powiekowy zniesiony, napięcie gałki zwiększone. Oddziaływanie źrenicy prawej prawidłowe, źrenicy lewej badać nie można, gdyż chora z powodu objawów jaskry pobiera środki, zwężające źrenicę. Bystrość wzroku badana bez szkieł: Pr. 6/4, L. 6/36. Pole widzenia prawidłowe. Podwójne widzenie skrzyżowane. Badanie promieniami Roentgena dało wynik ujemny. Inne nerwy czaszkowe, jak również narządy wewnętrzne, kończyny górne i dolne, odruchy brzuszne i mocz nie wykazują zmian chorobowych.

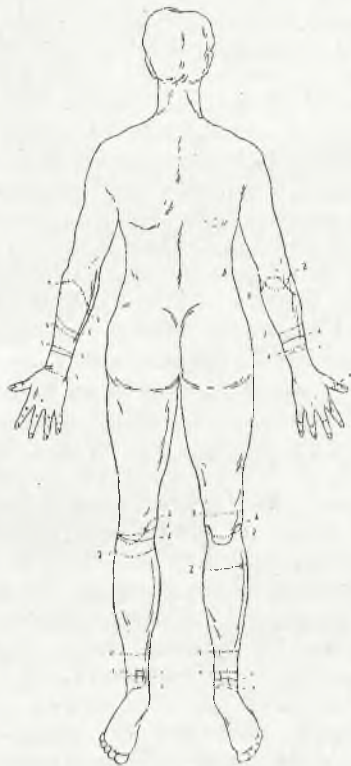
W dyskusyi Piltz podnosi, że historya choroby sprzeciwia się przyjęciu złośliwego nowotworu lub gruźlicy, a przemawia raczej za łagodną naturą guza. — Blassberg wskazuje na pewne dodatnie wyniki leczenia swoistego w podobnych przypadkach i proponuje podawanie przez dłuższy czas jodu. — Po dyskusyi zgodzono się na tę propozycyę i dopiero w razie ujemnego wyniku leczenia na ewentualne przystąpienie do wyłuszczenia gałki ocznej.

W klinice okulistycznej wykonano irydektomię z powodu objawów jaskry, a po ich ustąpieniu wypuszczono chorą do domu i przepisano duże dawki jodu. Chora nie zgłosiła się więcej do kliniki i nie zdołano się dowiedzieć, jaki jest obecny stan chorej.

2) Jasiński przedstawia chorego F. F., lat 18, czeladnika szewskiego, który zgłosił się z powodu upośledzenia władzy w rękach i nogach, zwłaszcza w prawej ręce i lewej nodze. Obciążenia dziedzicznego niema, rodzeństwo również zdrowe. Chory przyszedł na świat jako dziecko zdrowe i rozwijał się początkowo prawidłowo. W 4. roku życia przechodził jakąś chorobę gorączkową, która pozornie minęła bez śladu. W następnych jednak latach zaczęły występować zaburzenia w zakresie kończyn dolnych. Chory doznawał bolów, zwłaszcza w stawie kolanowym i skokowym, a następnie w stawach palców, tak że w 12. roku życia z trudnością chodził i przy podnoszeniu nóg musiał używać wysiłku. W tym samym czasie pojawiły się zaburzenia w obrębie kończyn górnych. Zwolna tracił chory możność wykonywania delikatniejszych ruchów palcami rąk, a w 14. r. wystąpiło upośledzenie ruchów w stawie nadgarstkowym. Stan taki utrzymuje się prawie bez zmiany do dnia dzisiejszego.

Badanie wykazało następujące zmiany chorobowe: W obrębie nerwów czaszkowych zmian niema. W zakresie kończyn górnych odwracanie (supinacya) niemożliwe, doprowadzanie i odprowadzanie dłoni upośledzone, przeciwstawianie palców znacznie utrudnione, zestawianie i rozstawianie ich zniesione. Zaburzenia te są obustronne. Ręce pazurowate, przy wyciągniętych rękach obie dłonie zwisają, palec wielki podwinięty. Odruchy słabo zaznaczone: drżenie włókienkowe w pęczkach mięśni trójgłowych. W zakresie kończyn dolnych: Stopa końsko-szpotawa, chód czapli, ruchy w stawie skokowym upośledzone, ruchy palcami zniesione. Odruchy zniesione. Wybitne zaniki w obu goleniach. Badanie prądem elektrycznym wykazało odczyn zwy-

rodnienia w zakresie mm. międzykostnych (2. i 5.) obu rąk; to samo tyczy się mm. strzałkowego długiego i piszczelowego przedniego obu nóg. Odczynu myotonicznego niema. Badanie czucia wykazało zaburzenia, uwidocznione na dołączonej figurze. Przebieg choroby i wynik badania pozwala na pewne rozpoznanie **postępującego zaniku mięśniowego neurotycznego, typu strzałkowego (Charcot-Marie).**



1 — górna granica silniejszego, 2 = słabszego upośledzenia czucia: — dotykowego, — · — · termicznego przy 0°
..... bólowego, — · · — · · termicznego przy + 50°.

W dyskusyi podnosi Piltz, że stwierdzone zaburzenia i dysocyacya czucia są analogiczne do zmian, jakie dały się wykazać u podobnego chorego, badanego przez mowcę w ambulatoryum w roku 1906. Doświadczenie zaś wykazuje rzadkość tego rodzaju spostrzeżeń.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVII. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dn. 1. (14) kwietnia 1911 r.

Obecnych członków 25, gości 8, przewodniczy wiceprezes Wydziału lekarskiego prof. Dr J. Ziemacki.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Kand. chemii Józef Szabłowski wypowiedział rzecz pod tyt.: **Badania nad promieniotwórczością wód Birsztańskich wobec spółczesnego stanu wiedzy o promieniotwórczości wód mineralnych.** Omówiwszy na wstępie, jak wielkie zastosowanie ma obecnie w medycynie rad i wogóle ciała promieniotwórcze, przedstawił prelegent szereg przetworów, wyrabianych w Niemczech, jako to: watę, tkaniny przesiąknięte istotami promieniotwórczemi, a nawet rozczyny do podskórnego wstrzykiwania i sztuczną wodę promieniotwórczą. Następnie przeszedł mowca do badań własnych, które wykonał w tutejszym Uniwersytecie wraz z p. Borowikiem. Badania te wykazały, że wody mineralne birsztańskie zawierają w znacznym stopniu substancye promieniotwórcze. Mówca wykazał, że jeżeli za jednostkę porównawczą wziąć zdrój Narzan w Kisłowodsku, to dla starych wód birsztańskich stosunek ich promieniotwórczy do Narzanu wyrazi się 7,5 : 17, a stosunek nowych źródeł 5 : 17. Porównując źródła druskienickie, które zostały zbadane przez prof. Borgmana, ze źródłami birsztańskiemi, twierdzi prelegent, że birsztańskie są silniej promieniotwórcze.

Prócz tego porównywał prelegent wody birsztańskie i borżomskie, zbadane przez prof. Zaleskiego; jednego z pierwszych, którzy tę sprawę poruszyli w Rosyi.

Dyskusya: Dr. Piotrowicz zapytuje prelegenta, jak długo woda mineralna, np. rosyjska, utrzymuje emanacyę. — Prelegent: Jeżeli woda zawiera sole radu lub toru, to stworzą one znów emanacyę, nawet jeżeli otworzyć wodę i gaz wypuścić, tak np. w Borżowie, Narzanie, w których to wodach jest rad. To samo tyczy się i wód zagranicznych, szczególniej cieplic: Karlsbad, Vichy i innych. — Dr Michałowicz: Przy Towarzystwie higienicznem warszawskiem ma być utworzona komisya do badania wód mineralnych krajowych, więc może należałoby się tam zwrócić, ażeby otrzymać różne próbki do badania. — Prelegent dziękuje za wskazówki. — Inż. Rudnicki zwraca prelegentowi uwagę, że nie wspomniał o limanie Ewpatoryjskim i Chodżybejskim. Kujalnicki jest więcej promieniotwórczy, niż Sakski, jak to twierdzi prelegent, pomimo to Sakski działa na chorych silniej i skuteczniej. Mówca zapytuje, w jaki sposób prelegent ustala te poglądy. — Prelegent przytacza dane prof. Borgmana i na nich się opiera. — Prof. Zaleski podnosi zasługi prelegenta wobec nielicznych u nas badań, dodając, że sprawa ta nawet zagranicą jest mało jeszcze opracowana. Mówca wyjaśnia, w jaki sposób tworzy się emanacya i dość sceptycznie zapatruje się na leki, zawierające rad. — Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Odczyt Dra filoz. Jana Czekanowskiego p. t.: **Przyczynek do antropologii Królestwa Polskiego,** został odłożony do następnego posiedzenia.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prof. Dr Zaleski wystąpił z przemówieniem, poświęconem pamięci prof. Dra Stanisława Kostaneckiego, i zaznaczył, że otrzymał od p. Kropiwnickiego z Iwanowo-Wozniesieńska odezwę, podpisaną przez 10 jeszcze uczniów ś. p. Kostaneckiego, którzy na fundusz Jego imienia już zebrali 1050 rsr. Mówca odczytuje odezwę i wzywa obecnych do składania na ten wzniosły cel dalszych ofiar. 2) Przewodniczący prof. Ziemacki, podając do wiadomości, że dotychczasowy wiceprezes Komitetu budowy szpitala polskiego, Dr Zakrzewski, dla braku czasu ustąpił, wyraża w imieniu »Związku« serdeczne podziękowanie tak dla niego, jakoteż dla jego małżonki, którzy położyli wiele trudów i znacznie zwiększyli fundusze budowy szpitala. Przez aklamacyę obrano wiceprezesem Komitetu budowy szpitala polskiego w Petersburgu Dr Eugeniusza Marcinkiewicza. 3) Doc. Sowiński podaje do wiadomości, iż od 18—23. lipca ma się odbyć Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie, a również w tym czasie przypada 50-letni jubileusz naszego organu »Przeglądu lekarskiego.« Zgromadzenie uchwala, ażeby ten z kolegów, który się wybiera na Zjazd, był zarazem delegatem »Związku« i na Zjeździe i na obchodzie jubileuszu. Radę zaś upoważniono do oznaczenia, w jaki sposób ma być uczczony jubileusz »Przeglądu lekarskiego«. 4) Prof. Ziemacki wzywa obecnych do drukowania prac jubileuszowych w »Przeglądzie lekarskim.«

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich.

Komitet organizacyjny II. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć w Krakowie w grudniu w r. 1912, ustanowił po porozumieniu się z neurologami z Królestwa Polskiego, Poznania, Lwowa i Krakowa następujące

tematy główne: 1) Metoda psychoanalityczna, 2) Zjawiska psychoelektryczne, 3) Nowe metody badania narządu przedsionkowego i 4) Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatryi.

Poza powyższymi tematami głównymi, które mają być omawiane w szeregu referatów i odczytów, proponowany jest szereg odczytów luźnych. Pośród nich Komitet postanowił w myśl poprzedniego Zjazdu poświęcić szczególną uwagę stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą, wyznaczając mu szereg odczytów w związku ze zwiedzaniem nowo budującego się zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie i kliniki neurologiczno-psychiatrycznej. Podobnież ma być pośród odczytów uwzględniona obszerniej anatomia patologiczna kory mózgowej.

Zjazd, który potrwa około 4 dni, odbędzie się między 15. a 21. grudnia. Zgłoszenia odczytów równie jak i krótkie streszczenia referatów i odczytow przyjmuje Komitet do końca września. Do tego też tylko czasu przyjmuje się tematy zastrzeżone. Pożądanem jednak jest, aby o odczytach, stojących w związku z wyżej wymienionymi tematami głównymi, Komitet został powiadomiony przed 15 kwietnia.

Za Prezydyum Komitetu:

Stefan Borowiecki, sekretarz. Jan Piltz, przewodniczący.

II. Zjazd lekarzy rządowych.

II. Zjazd lekarzy rządowych z całej Austryi odbędzie się w Krakowie d. 24. do 26. czerwca b. r.

Uczestniczyć w Zjeździe, jako członkowie zwyczajni, mogą lekarze, zajmujący stanowisko urzędowe (lekarze rządowi wszelkich kategoryi, profesorowie i asystenci uniwersytetu i t. d.), a jako goście — z równemi prawami — wszyscy lekarze z Galicyi. Rodziny członków i gości Zjazdu uczestniczyć mogą w posiedzeniach Zjazdu, zebraniach i wycieczkach. Wkładka członków Zjazdu wynosi po 10 kor., dla rodzin po 5 kor. od osoby.

Godziny przedpołudniowe w ciągu trzech dni Zjazdu przeznaczone są na posiedzenia naukowe, godziny popołudniowe 24. i 25. czerwca wypełni zwiedzanie miasta, jego zabytków, zbiorów artystycznych i zakładów lekarskich, 26. czerwca zaś odbędzie się popołudniu wycieczka do kopalni w Wieliczce. Wieczorem odbywać się będą zebrania i przyjęcia.

Po Zjeździe, 27. czerwca, odbędą się dwie wycieczki: 1) do Zakopanego ze zwiedzeniem zakładów Dr Dłuskiego i Dr Chramca, ewentualnie z wycieczką do Morskiego Oka; 2) do Witkowic na Morawach dla zwiedzenia największych w Austryi zakładów przemysłu żelaznego i kopalni węgla.

Zjazd ten będzie pierwszym Zjazdem lekarskim, gromadzącym w Krakowie licznych cudzoziemców; liczba ich dojdzie prawdopodobnie kilkuset osób, co zapewne zachęci do udziału także licznych lekarzy z Galicyi, których ogółowi na tym Zjeździe przypada rola gospodarzy.

Dla przygotowawczych prac zawiązał się w Krakowie komitet miejscowy, do którego należą: Dr Gustaw Bielański, Prof. Dr Ciechanowski, Prof. Dr Dobrowolski, Prof. Dr Domański, Dr Janiszewski, Prof. Dr Nowak, Prof. Dr Ponikło, Prof. Dr Piltz, Dr Schneider, Dr Weinsberg, oraz Dr Czyżewicz z Jarosławia i Dr Dzikowski z Tarnowa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 27. III. 1912 posiedzenie, na którem prof. Kader przedstawiał i omawiał przypadki operowane: zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia otrzewnej po pęknięciu jelita, resekcyi lewego płatu wątroby z powodu bąblowca, wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego, a Dr Gertler przedstawił nowsze sposoby odróżniania prątków duru od prątków okrężnicy. W dyskusyach przemawiali: prof. Braun, prof. Bujwid, Dr Blassberg, Dr Hirsch, prof. Rosner i prelegenci.

— »Nadzieja, Towarzystwo ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej«, utrzymujące sanatoryum w Szczawnicy, ogłosiło sprawozdanie za r. 1911 (szósty istnienia). Towarzystwo, złożone z 13 grup w większych miastach Galicyi, miało w tym roku dochodu 7144 kor. (w tem 5861 z wkładek członków), a rozchodu 6630 kor. (w tem 5733 kor. utrzymanie zakładu w Szczawnicy), w funduszu żelaznym 908 koron, w funduszu budowy domu na sanatotoryum 4192 kor. W sanatoryum, którem z wielkim poświęceniem kieruje Dr Rudolf Hammerschlag, leczono 30 chorych (średni pobyt 43·8 dni), uzyskując u 9 poprawę bezwzględną, u 20 względną. Prezesem Towarzystwa jest Dr Jan Landau sen., sekretarzem Dr Ch. Hilfstein.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Antoni Władysław Schröder i Bolesław Ludwik Zakliński z Krakowa.

— Na Prądniku Czerwonym pod Krakowem wybuchła ospa, zawleczona z Królestwa Polskiego. Miejski Urząd zdrowia zastosował energiczne środki ochronne przeciw szerzeniu się epidemii.

— Streszczenie piśmiennictwa polskiego położniczo-ginekologicznego za rok 1910 przez Fr. Neugebauera wydrukowane zostało po francusku w styczniowym zeszycie 1912 »Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie« str. 84—94, streszczenie po niemiecku w »Gynaekologische Rundschau« 1912, zeszyt 4, str. 154—165 oraz zeszyt 5, str. 193—200.

— Lecznica Dr Tarnawskiego w Kosowie przekształca się na przedsiębiorstwo akcyjne.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. III. do 23. III. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca —, ospy wietrznej 8, płonicy 4 † — (— † —), odry 4 † —, duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1), gorączki połogowej — † — (2 † 2), róży 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Władze zezwoliły na odbycie w jesieni r. b. Zjazdu chirurgów Królestwa Polskiego.

— Doc. Dr Władysław Janowski wybrany został wiceprezesem Towarzystwa naukowego warszawskiego. W zakresie czynności Towarzystwa jest nowo obrany wiceprezes dobrze znany z działalności swej na dawniej zajmowanem stanowisku generalnego sekretarza Towarzystwa.

— Zmarły przed kilku dniami inżynier Marzyński zapisał cały swój majątek na cele publiczne, m. i. po 6000 rb. na szpital dziecięcy przy ul. Kopernika, na Pogotowie ratunkowe i na kolonie letnie, 4500 dla sanatoryum w Rudce, 4000 na zakład dla rakowatych, 3000 dla rekonwalescentów.

— W Białymstoku stanie kosztem miasta nowy szpital na 150 łóżek.

Łódź. Na wzór Warszawy tworzy się w Łodzi z inicyatywy Dr Łuczyckiego komisya złożona z lekarzy i techników, przedstawicieli Towarzystwa technicznego, lekarskiego i higienicznego, która zajmie się opracowaniem spraw sanitarnych dla przyszłego samorządu miejskiego.

— Podejmując walkę z ospą, postanowiło Towarzystwo lekarskie na zasadzie wniosków komisyi, wybranej dla tej sprawy, a złożonej z Dr B. Łuczyckiego, H. Ruegera i St. Skalskiego, zwrócić się do inspekcyi fabrycznej o ściślejsze przestrzeganie przepisów z r. 1896 co do szczepienia w fabrykach, dalej do duchowieństwa wszystkich wyznań o propagandę szczepienia w najszerszych warstwach ludności.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 18. III. do 25. III. 1912 przypadków: ospy 2, duru osutkowego 1, róży 1 † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Zarząd instytucyi: »Kaiserin Friedrich Haus für das ärztliche Fortbildungswesen« w Berlinie (N. W. 6. Luisenplatz 2—4) prosi nas o zaznaczenie, że instytucya ta udziela lekarzom, przybywającym na studya do Niemiec bezpłatnie wszelkich objaśnień o kursach uzupełniających, zakładach lekarskich, zbiorach i t. p. Najlepiej zażądać informacyi listownie jeszcze przed przyjazdem. Instytucya, której dyrektorem jest prof. Kutner, jest publiczną.

— Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego »Związku polskiego lekarzy i przyrodników« w Petersburgu znajdowały się wykłady Dr S Dzierżgowskiego: »W sprawie powstawania antytoksyny przeciwbłoniczej u koni w warunkach ich życia naturalnego«, oraz Dr St. Ostrowskiego: »O urobilinuryi i urobilinogenuryi u osesków«.

— W Peszcie funduje miasto szpital dla chorych na gruźlicę z 410 łóżkami kosztem 4,2 milionów koron. Podobne szpitale, po 50 łóżek, powstają współcześnie w 5 większych miastach węgierskich.

— Rosyjska Rada ministrów odrzuciła wniosek, podpisany przez 83 członków Dumy, o reformę sanitarną i utworzenie ministerstwa zdrowia, motywując odmowę tem, że państwowy urząd zdrowia opracowuje już reorganizacyę państwowego ustroju sanitarnego. Celem rewizyi ustawodawstwa sanitarnego rosyjskiego tworzy też rząd rosyjski komisyę, złożoną z członków państwowej Rady zdrowia, z państwowego inspektora lekarskiego, przedstawicieli ministerstw i urzędów miejskich.

— Nowy Wydział lekarski postanowił rząd rosyjski utworzyć w Rostowie nad Donem.

Sprostowanie. W Nrze 12 »Przeglądu lekarskiego« str. 225 w dziale streszczeń z okulistyki nazwisko autora zamiast »Żwikowski« czytaj Żurkowski.

Redakcya otrzymała. Jekels: Szkic psychoanalizy Freuda. Lwów 1912, stron 92. — Prof. W. Reis: Beitrag zur Kenntniss der bei Quecksilberbehandlung vorkommenden Zylindrurie. Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. — Magistrat m. Warszawy (Wydział dobroczynności publicznej). Księga pamiątkowa 1908/1909. Str. 648. — Franke: Znaczenie fizyologiczne części przedsionkowo-komorowej układu przenośnego serca. Odb. Tyg. lek. 1911. — Franke i Schusterówna: O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach t. zw. gośćcowych ostrych. Kraków 1912.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 3. Cena 3 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

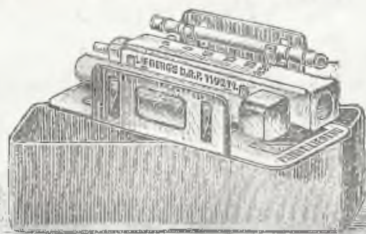
Zeszyt marcowy, przeznaczony na rozprawy z zakresu chorób trawienia, przemiany materyi i krwi, zawiera tym razem prace istotnie bardzo zajmujące. Prof. Fleiner w rozprawce p. t. »Cielesna i duchowa strona w rozpoznaniu i leczeniu«, poruszając udział psychologii w medycynie praktycznej, daje wyraz nowoczesnemu zwrotowi w tej dziedzinie, przez czas pewien niesłusznie zaniedbanej. Prof. Lüthje za temat swego artykułu wziął »Rozwój nauki o dnie (artrytyzmie)«, omawiając chemię ciał purynowych, patochemię dny, nowsze teorye tej choroby, rozpoznanie różniczkowe i leczenie. Prof. Erich Mayer zestawia nowsze badania dotyczące narządów krwiotwórczych, oraz białaczki.

Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.







Rok LI. Kraków, dnia 6. kwietnia 1912. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

(Dalszy przyczynek; por. »Przegl. lek.« 1911 Nr. 11.).

Podał

Dr. W. Puławski (Radziejów, gub. warszawska).

W roku ubiegłym, 1911, leczyłem 37 przypadków błonicy gardła i krtani surowicą swoistą z pracowni warszawskiej Dr. Palmirskiego. Stosownie do charakteru przebiegu klinicznego grupowały się one, jak następuje: 1) Angina diphtheritica — przypadków 10; 1) Laryngitis — 15; 3) Angina c. laryngitide — 12, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 27, t. j. 73% ogólnej liczby. Wśród nich jeden śmiertelny, co stanowiło 3,7% śmiertelności, a zatem 2,7% liczby ogólnej przypadków. Wydatną cechą charakterystyczną roku ubiegłego była właśnie niezwykle wielka liczba przypadków dławca, wobec ogólnego braku zresztą w osadzie i najbliższych okolicach innych chorób zakaźnych, jak ospy, odry, płonicy, krztuśca, których przez rok ubiegły nie spostrzegałem wcale, co jest niebywałym wyjątkiem w naszych warunkach, wobec tego zwłaszcza, że i rok poprzedni, 1910, był pod tym względem prawie zupełnie identyczny. Tak wielkiej stosunkowo liczby powikłań krtaniowych błonicy już dosyć dawno nie spostrzegałem. Czy było to w pewnym związku z ogólną niezwykłą suszą, jaka cechowała cały rok ubiegły, nie mogę rozstrzygać, gdyż zarówno mogło to zależeć od swoistych cech zachorzeń, sporadycznie zjawiających się w osadzie i jej okolicach. Pod względem leczniczym objawy krtaniowe dosyć prędko ustępowały pod działaniem surowicy przeciwbłoniczej; ani razu nie spostrzegałem, aby zjawiły się one już po zastosowaniu surowicy w danym przypadku błonicy gardła. Kilka przypadków zasługuje na opis szczegółowy, ze względu na przebieg kliniczny, odbiegający od zwykłego szablonu.

I. Bol., lat $2^3/_4$, chory właściwie drugi dzień po kilku dniach niedomagania ogólnego. Przy badaniu d. 25. III. 1911 znalazłem, co następuje: Chłopiec budowy silnej i odżywienia doskonałego; ciepłota 38,8°; tętno 140, małe, miękkie, łatwo uciskalne; oddech powierzchowny, przyspieszony do 30 na minutę, bez śladów zajęcia krtani, tak, że ani charakterystycznego kaszlu, ani chrypkowego lub świszczącego odcienia niema. Barwa skóry bladawożółta bez zabarwienia sinicowatego; słabość ogólna bardzo wyraźna, senność, apatya. Miejscowo w gardle na obu migdałkach, łukach, języczku, podniebieniu miękkiem i tylnej ścianie widoczne obfite, grube, szarożółte naloty, krwawiące przy ścieraniu, niemiłej woni. Gruczoły szyjne i podszczękowe obustronnie znacznie powiększone, stwardniałe, bolesne, częściowo zlewające się w większe konglomeraty; przełykanie bardzo utrudnione, prawie niemożliwe. Brzegi obu nozdrzy i kąty ust zaczerwienione, nadżarte, pokryte cienkim, szarawym, sadłowatym nalotem. Tegoż dnia wstrzyknąłem 2000 jedn. ochr. surowicy w objętości 8 cm. sześc. Dawkę tę w dniu 28. III., czyli na piąty dzień choroby, powtórzyłem ze względu na brak widocznej poprawy, zarówno ogólnej, jak i miejscowej. Odtąd po obfitych potach w ciągu następnych 48 godzin zaczęła się wybitna poprawa z odgraniczaniem się błon dyfterytycznych w gardle i z następnem ich rozpływaniem się i znikaniem wraz z obfitem wydzielaniem się wydzieliny z ust i z nosa. Ciepłota spadła do 36,8°; tętno do 96, wyraźne, pełne, mocniejsze; gruczoły znacznie się zmniejszyły i bardzo szybko doszły do stanu prawidłowego; brzegi nozdrzy i kątów ust prędko oczyściły się, zagoiły i powróciły do stanu prawidłowego.

Żadnych innych środków, nawet przestrzykiwania gardła, w tym przypadku wcale nie stosowano z powodu zaciętego oporu dziecka. Zdrowienie postępowało nader szybko w ciągu dni siedmiu. Ósmego dnia od drugiego wstrzyknięcia wystąpiła pokrzywka, mało swędząca, niezbyt obfita i nie dokuczliwa, wędrująca po powierzchni skóry. Następnego dnia zaczęła się ona znacznie zmniejszać, a trzeciego dnia pod wieczór znikła bez śladu.

W przypadku tym bardzo rozległe błonicze zapalenie gardła, nieomal o charakterze zgorzelinowym, okazało bardzo małą skłonność do szerzenia się zstępującego, tak że do chwili zastosowania surowicy krtań była jeszcze wolna od błonicy i pozostała taką aż do końca choroby. Objawy posurowicze, pomimo zastosowania 4000 jedn. ochron. w objętości 16 cm. sześc., były bardzo umiarkowane.

II. Józef Szpol., lat 14, krępy i silnej kościstej budowy, choć nieco na swój wiek nizki, odżywiony dobrze; służy jako źrebiarek, a po części na posyłki konne w drobnych interesach dworu. Po kilku dniach ogólnego niedomagania i suchego kaszlu w dniu 14. VI. 1911 zaczęła występować duszność, stopniowo wzmagająca się, kaszel charakterystyczny szczekający, dławcowy, bolesny. Objawy te stopniowo i powoli potęgowały się tak, że d. 15. VI. nie było już przerw zwalniających. Przy badaniu tegoż dnia znalazłem, co następuje: Oddech świszczący, dławcowy, przyspieszony do 40 na minutę (duszność); przy oddechu widać wyraźne ruchy skrzydeł nosa i wciąganie nadbrzusza, oraz międzyżebrzy; głos cichy, bezdźwięczny. Tętno do 140 uderzeń na minutę, małe, cienkie, łatwo pod palcem znikające, nieregularne, ciepłota 38,0°. Skóra blada z odcieniem sinicowym; wyraźna sinica nosa, warg, końców palców u rąk i nóg. Miejscowo, w gardle, ogólne zaczerwienienie bardzo silne z odcieniem sinawym, nagłośnia sino-czerwona, jakby obrzękła; w krtani błona śluzowa wogóle, zarówno jak i struny głosowe ciemnoczerwone, obrzękłe; gdzieniegdzie na błonie śluzowej i na strunach głosowych szarawe plamki, sprawiające wrażenie jakby nadżerek lub małych starć, pokrytych cienkim szarym nalotem, nie znikającym po kaszlu, ani po wdychaniu pary wodnej. Osłabienie ogólne bardzo silne; dwie doby chory już nie śpi. W porze przedwieczornej tegoż dnia wstrzyknąłem 2000 jedn. ochr. surowicy w objętości 10 cm. sześc. i dawkę tę nazajutrz t. j. d. 16. VI. przed południem powtórzyłem, wobec braku oznak poprawy, zarówno ogólnej, jak i miejscowej. Tegoż dnia pod wieczór nastąpiło kilkogodzinne niewielkie zwolnienie objawów chorobowych, jednak po północy wystąpiły one z podwójną siłą, tak że chłopiec sprawiał wrażenie konającego. Wobec tego w dniu 17. VI., czyli na czwarty dzień właściwych objawów dławca, wstrzyknąłem po raz trzeci 2000 jedn. ochr. w 10 cm. sześc. surowicy. Prócz surowicy przeciwbłoniczej za-

stosowałem częste wdychanie pary wodnej, oraz wewnętrznie Tra Valerianae simplex i Tra Moschi i ciepłe napoje w ilościach możliwie większych. Z początku z powodu powiększenia i stwardnienia gruczołów szyjnych, zresztą miernego, zastosowano okład rozgrzewający, lecz wobec skrępowania nim szyi i utrudnienia oddechu wkrótce trzeba było go usunąć. Dopiero po upływie doby od ostatniego wstrzyknięcia, czyli 18. VI., (piątego dnia choroby), wszystkie objawy dławcowe zaczęły stopniowo łagodnieć i słabnąć wraz z obfitymi potami, trwającymi z przerwami przez trzy doby następne, czyli 19, 20 i 21 VI. — Przy badaniu chorego dnia 23. VI. znalazłem: Oddech do 24 na minutę, bez duszności, bez świstów i rzężeń, oraz bez udziału skrzydeł nosa, międzyżebrzy i nadbrzusza. Tętno około 90 na minutę, dosyć pełne, mocne i regularne; kaszel miękki, lekko flegmisty, bez charakteru dławcowego, dość rzadki. Skóra przybrała barwę prawie prawidłową, sinica znikła. Miejscowo, w gardle, zaczerwienienie ogólne, ale słabsze; w krtani błona śluzowa mniej czerwona, bez śladów obrzęku, bez nadżerek i nalotów, tożsamo struny głosowe; głos wyraźniejszy, choć jeszcze cichy, chrypowaty. Stan podmiotowy dobry, połączony z pewną radością z powodu ustąpienia niebezpieczeństwa. Odtąd szybkie zdrowienie, przerwane w dniach 25. VI do 28. VI, czyli od 10-go do 13-go dnia po pierwszem wstrzyknięciu, wystąpieniem wysypki, częściowo w postaci rumienia, częściowo zaś w postaci pokrzywki obfitej i wędrującej po ciele, zlekka swędzącej, bez podniesienia się ciepłoty. Na krótki czas przed wystąpieniem wysypki był niepokój ogólny i zniecierpliwienie bez powodu; mocz przez cały czas choroby nie zawierał białka ani śladu (według uczulonego Essbacha).

Przypadek powyżej opisany uważam jako dosyć rzadki w tym wieku (14 lat) przykład bardzo ciężkiego, samoistnego, pierwotnego dławca błoniczego. Poprawa nastąpiła tu dopiero po zastosowaniu 6000 jedn. ochr. surowicy swoistej przy względnie niewielkich następczych objawach posurowiczych w postaci wysypki mieszanej, trwającej z przerwami około czterech dni; zjawiła się ona ósmego dnia po ostatniem wstrzyknięciu.

III. Józefa Wasz., lat 14, budowy średniej, odżywiona miernie, po kilku dniach niedomagania ogólnego i męczącego suchego kaszlu dostała objawów dławca krtani, które, zwiększając się stopniowo, na trzeci dzień doszły do wysokiego natężenia. Badając chorą d. 2. VIII. 1911, trzeciego dnia od chwili wystąpienia objawów dławca, znalazłem stan jej zupełnie podobny do tego, jaki był u tylko co opisanego chłopca, dlatego też, aby się nie powtarzać, nie będę szczegółowo opisywać wszystkich objawów. Tegoż dnia wstrzyknąłem 2000 jedn. ochr. w objętości 10 cm. sześc.; obok tego częste wdychanie pary wodnej i płukanie gardła ciepłym rozczynem 2% kwasu borowego. Skutek dodatni w tym razie był o wiele prędszy, gdyż już na trzeci dzień objawy dławcowe zaczęły stopniowo zwalniać przy kilkakrotnych obfitych potach. Dziewczyna w ciągu kilku dni następnych przyszła do zdrowia. Kaszel uparty trwał jeszcze około dwóch tygodni. Wysypki jakiejkolwiek następczej ani sama chora, ani jej otoczenie nie zauważyło wcale; należy więc przypuścić, że albo wcale jej nie było, lub była tak nieznaczna, że nie sprawiała żadnych dolegliwości i dlatego też dostrzeżona nie została.

Przypadek ten, jako samoistny, pierwotny dławiec błoniczy u dziewczyny lat 14, co do natężenia objawów chorobowych był zupełnie podobny do poprzedniego, tylko objawy okazały się mniej upartymi, gdyż już po jednej dawce 2000 jedn. ochr., w ciągu 48 godzin nadzwyczaj osłabły, dając szybkie zdrowienie bez żadnych objawów posurowiczych.

IV. Wożn., lat $2^{1}/_{2}$, budowy i odżywienia średniego, przywieziony do mnie d. 25. IV. 1911 z powodu bólu gardła, trwającego trzy dni, oraz kaszlu chrypkowego, który zjawił się od 24 godzin i zaniepokoił otoczenie. Przy badaniu znalazłem: Ciepłota 38,5°; tętno 150, drobne, miękkie; oddech przyspieszony do 36 na minutę, świszczący z udziałem skrzydeł nosa, wciąganiem nadbrzusza i międzyżebrzy, kaszel dławcowy, charakterystyczny, męczący i bolesny. Miejscowo, w gardle, zaczerwienienie ogólne; wyraźne szarawe naloty na obu migdałkach, łukach i języczku; gruczoły szyjne i podszczękowe miernie powiększone i stwardniałe. Chłopiec boi się i daje się badać z trudnością; głos cichy, chrypkowaty; przełykanie utrudnione. Wstrzyknąłem 2000 jedn. ochron. w objętości 8 cm. sześc. Wszystkie objawy chorobowe już na drugi dzień po wstrzyknięciu zaczęły ustępować, tak że chłopiec w ciągu ośmiu dni, t. j. do dnia 4. V. 1911, przyszedł napozór do zupełnego zdrowia. Lecz dnia 15. V. zaczął znów sucho kaszleć; kaszel nazajutrz przybrał odcień dławcowy, a wieczorem wystąpił oddech świszcząco chrypiasty, tak że chłopiec, przywieziony do mnie powtórnie d. 17. V. zrana, był w okresie ciężkiej duszności dławcowej, połączonej z sinicą ogólną, przy oddechu 46 na minutę z wybitnym udziałem skrzydeł nosa i silnem wciąganiem nadbrzusza i międzyżebrzy. Tętno około 200, nitkowate, źrenice zwężone; apatya i bierność przy badaniu; ciepłota 37,5°; skóra pokryta lepkim chłodnym potem. W gardle ogólne zaczerwienienie, plamek ani nalotów nigdzie nie widać, krtani zbadać nie było można. Niezwłocznie wstrzyknąłem 200 jedn. ochron. surowicy. Po upływie dwunastu godzin od chwili wstrzyknięcia objawy dławcowe zaczęły powoli i stopniowo słabnąć, tak że na trzeci dzień zupełnie znikły; zdrowienie było szybkie, kaszel trwał jeszcze blizko dwa tygodnie. Wysypka posurowicza w postaci pokrzywki zjawiła się siódmego dnia po drugiem wstrzyknięciu i trwała w lekkiej postaci z przerwami około półtorej doby, wędrując po powierzchni skóry.

W przypadku tym drugie wstrzyknięcie surowicy w ilości 2000 jedn. ochr. i w tej samej objętości 8 cm. sześc. dokonano dokładnie na 20. dzień po pierwszem, pomimo to żadnych objawów nadwrażliwości (anafilaksyi) nie wywołało; wysypka posurowicza zjawiła się typowo, w postaci łagodnej, bez żadnych objawów anafilaktycznych.

Przypadek niniejszy, stosownie do przyjętej przezemnie zasady, nie został wliczony do szeregu przypadków z reinjekcyą, gdyż powtórne wstrzyknięcie wykonałem przed upływem ośmiu tygodni po pierwszem, a zatem jeszcze w okresie działania pierwotnego wstrzyknięcia, czyli było ono właściwie pomocniczem wobec nawrotu choroby, a raczej może pogorszenia się jej tylko co do powikłań krtaniowych przy braku błoniczych objawów w gardle. Sądzę, że chyba mało prawdopodobnem byłoby tu przypuszczenie, że w przypadku tym nastąpiło w ciągu trzech tygodni powtórne zakażenie.

Porównując dane liczbowe z roku ubiegłego z dawniej otrzymanemi co do przypadków, leczonych surowicą, widzimy:

Rok	Ogólna liczba przypadkow	Liczba przypadków śmiertelnych	D to w %	Liczba przypadków krtaniowych	D-to w %	Śmiertelność ich w %
1911	37	1	2,7	27	73	3,7
1895—1910	743	47	6,3	403	54	11,6
1895—1911	780	48	6,1	430	55	11,1

Wszystkie w roku ubiegłym spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: Chłopców 23; dziewcząt 14.

II. Co do wieku chorych:

0—1 roku	— 3 przypadki	5—6 lat	— 3 przypadki
1—2 lat	— 5 przypadków	7—8 lat	— 2 przypadki
2—3 »	— 7 przypadków	8—9 lat	— 1 przypadek
3—4 »	— 4 przypadki	9—10 lat	— 2 przypadki
4—5 »	— 8 przypadków	13—14 lat	— 2 przypadki

III. Co do dnia choroby, w którym surowica została wstrzyknięta:

A. Wszystkie przypadki wogóle:

1—8 4—4
2—6 8—1
3—18

B. Przypadki krtaniowe:

1—7 4—2
2—4 8—1
3 13

IY. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A. Wszystkie przypadki wogóle:	B. Przypadki krtaniowe:
1000 J. ochr. — 3	1000 J. ochr. — 1
2000 J. ochr. — 31	2000 J. ochr. — 24
4000 J. ochr. — 2	4000 J. ochr. — 1
6000 J. ochr. — 1	6000 J. ochr. — 1

V. Co do wielokrotności dawek

Jednorazowo — 34
Dwukrotnie — 2
Trzykrotnie — 1

VI. Co do przypadku śmiertelnego, to dotyczył on dziewczyny trzyletniej, chorej już ósmy dzień z objawami zapalenia gardła, z początku bardzo lekkiego, do którego jednak po upływie dni pięciu przyłączyły się objawy krtaniowe. Przez karygodne wprost niedbalstwo otoczenia zwrócono się o pomoc wtedy, gdy wystąpiły już wyraźne objawy ogólnego zakażenia i ciężkiego krupu zstępującego do oskrzeli i płuc.

W chwili badania dziecko sprawiało wrażenie konającego. Na usilne prośby rodziców, aby dziecko jeszcze ratować, wstrzyknąłem 2000 jedn. ochr. surowicy oraz 1 grm. olejku kamforowego, co pozostało bez żadnego skutku, a po upływie 12 godzin nastąpiła śmierć. Dziecko to było świetnej budowy i doskonale odżywione, sądzę więc, że tylko niedbalstwo otoczenia, wraz z mędrkowaniem i radami sąsiadek, zalecających różne babskie leki na rzekome »garlice« dziecka, doprowadziły je do zguby. Przypadku tego, stosownie do przyjętej przezemnie metody, nie wyłączyłem z ogólnej statystyki. aby sztucznie nie zwiększać dodatniego odsetka śmiertelności, który i tak w roku ubiegłym był niezmiernie pomyślny.

VII. Co do wysypek posurowiczych, to spostrzegałem je w 12 przypadkach, co po odtrąceniu przypadku śmiertelnego stanowi 33%; przytem w ośmiu przypadkach z zastosowaniem surowicy w ilości 1000 jedn. ochr. w objętości 4 lub 5 cm. sześc. wysypki nie spostrzegałem wcale. Wśród pozostałych zatem 28 przypadków wysypka była w 12, co stanowi 43%; najwcześniej wystąpiła ona w piątym dniu po wstrzyknięciu, najpóźniej w dniu czternastym, najczęściej zaś około ósmego dnia po wstrzyknięciu. Natychmiastowego lub przyspieszonego odczynu posurowiczego (według C. v. Pirqueta) nie spostrzegałem. Trwanie wysypki było różne, od jednego do czterech dni, najczęściej ustępowała ona bez śladu w ciągu dwóch dni; żadnych szczególnych dolegliwości nie sprawiała i zawsze była wędrująca po powierzchni skóry. Co do charakteru wysypki, to w 8 przypadkach (66% przypadków wysypkowych) była pokrzywka (urticaria), w 2 przypadkach (17%) rumień (rash), a w 2 pozostałych (17%) wysypka była wielopostaciowa, mieszana.

VIII. Wstrzyknięć powtórnych (reinjectio) w ścisłem tego słowa znaczeniu (po upływie więcej niż 8 tygodni od pierwotnego wstrzyknięcia) dokonałem w roku ubiegłym w czterech przypadkach, a mianowicie:

1) Przych., dziewczynka, lat 4½, z powodu objawów błonicy gardła, trwających już dzień czwarty, i objawów krtaniowych, trwających drugi dzień, otrzymała 2000 jedn. ochr. w jednej dawce objętości 8 cm. sześc, ze skutkiem znakomitym w ciągu trzech dni, bez następczych posurowiczych objawów wysypkowych. Tej samej dziewczynce w r. 1907, liczącej wówczas trzy kwartały, wstrzyknąłem z powodu objawów krupowych 2000 j. ochr. surowicy Palmirskiego w objętości 16 cm. sześc. ze skutkiem doskonałym i bardzo szybkim, przy objawach pokrzywki następczej, która zjawiła się ósmego dnia po wstrzyknięciu i przez trzy dni wędrowała po powierzchni skóry, poczem znikła bez śladu.

2. Lew., chłopiec lat 8, z powodu objawów błonicy gardła i krtani, trwających od dni trzech, otrzymał 2000 j. ochr. w jednej dawce, objętości 8 cm. sześc., ze skutkiem doskonałym, przy następnej pokrzywce w ciągu dnia dziewiątego po wstrzyknięciu. Temu samemu chłopcu w r. 1908, liczącemu wówczas 5½ lat, wstrzyknąłem z powodu krupu krtani 2000 j. ochr. w jednej dawce objętości 16 cm. sześc., ze skutkiem doskonałym, przy następnej pokrzywce, która wystąpiła ósmego dnia po wstrzyknięciu i trwała dwa i pół dnia, wędrując po skórze w niezbyt obfitej ilości.

3. Chełm., dziewczyna lat 3¾, z powodu objawów krtaniowych, trwających dobę, otrzymała 2000 jedn. ochr. w jednej dawce, objętości 10 cm. sześc. ze skutkiem znakomitym i bardzo szybkim w ciągu doby, przy następnych objawach wysypki wielopostaciowej, mieszanej (rash, urticaria), która wystąpiła siódmego dnia po wstrzyknięciu i trwała przez dwie i pół doby. Ta sama dziewczyna w roku poprzednim, 1910, licząc 2½ lat, z powodu objawów krupu, trwającego drugi dzień, otrzymała 2000 j. ochr. w jednej dawce objętości 10 cm. sześc. bez następczych objawów wysypki posurowiczej.

4. Bud., chłopiec lat 3¼, z powodu objawów błonicy gardła i krtani, trwających trzeci dzień, otrzymał 2000 jedn. ochr. w jednej dawce 8 cm. sześc. ze skutkiem szybkim, doskonałym, bez następczych objawów wysypki posurowiczej. Temu samemu chłopcu w roku poprzednim, 1910, liczącemu wówczas lat dwa, z powodu objawów krtaniowych, trwających drugi dzień, wstrzyknąłem 2000 j. ochr. w jednej dawce objętości 10 cm. sześc., ze skutkiem szybkim i doskonałym, przy następnej pokrzywce, która wystąpiła na siódmy dzień po wstrzyknięciu i trwała do trzeciego dnia z przerwami i ze zmiennem natężeniem, wędrując po powierzchni skóry.

Opisane powyżej cztery przypadki powtórnych wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej stanowią dalsze przypadki (59 do 62) reinjekcyi, jakie spostrzegałem i poprzednio ogłosiłem (patrz. »Przegl. Lek.«, r. 1911 Nr. Nr. 31 i 32). Kliniczny ich przebieg, jak to widzimy z opisu, niczem się nie różnił od wstrzykiwań pierwotnych, zarówno pod względem działania na objawy chorobowe, jak i zdrowienia oraz następczych objawów posurowiczych. W dwóch przypadkach (I i IV) wysypki posurowiczej nie było wcale po wstrzyknięciach powtórnych, gdy tymczasem po pierwotnych wstrzyknięciach była pokrzywka dosyć obfita, między siódmym a jedenastym dniem po wstrzyknięciu. W przypadku drugim, zarówno po powtórnem, jak i przy pierwotnem wstrzyknięciu. pokrzywka zjawiła się około ósmego dnia bez różnicy co do swego przebiegu. W przypadku trzecim po pierwotnem wstrzyknięciu nie było wcale wysypki posurowiczej, natomiast po wstrzyknięciu powtórnem, dokonanem w rok i kwartał później, były objawy wysypki posurowiczej wielopostaciowej, mieszanej, między siódmym a dziesiątym dniem po wstrzyknięciu z przebiegiem zwykłym. — W żadnym przeto przypadku nie było jakichś swoistych objawów nadwrażliwości (anafilaksyi), ani ogólnych, ani miejscowych (w miejscu wstrzyknięcia) Powtórnie tu jeszcze zaznaczam, że i w przypadku IV, opisanym powyżej na początku notatki niniejszej, gdzie wstrzyknięcia powtórnego, pomocniczego, dokonałem na dwudziesty dzień po pierwotnem z powodu nawrotu powikłań krtaniowych, nie udało mi się zauważyć, aby działanie surowicy lub dalsze zdrowienie różniło się czemkolwiek od tychże po pierwotnem wstrzyknięciu, a i odczyn posurowiczy wysypkowy również nie miał cech anafilaktycznych.

Mniemam, zdaje mi się dość zasadnie, że łagodność objawów posurowiczych wogóle, zarówno po pierwotnych, jak i po powtórnych wstrzyknięciach surowicy, a dalej brak poszczególe jakichkolwiek groźniejszych lub bardziej dolegliwych objawów ogólnych w postaci nadwrażliwości, zarówno jak i brak silniejszego odczynu bezpośrednio w miejscu wstrzyknięcia, czy też ze strony najbliższych gruczołów i naczyń limfatycznych, mogę przypisać (pomijając sprawę aseptycznego wykonania wstrzyknięcia i dobroci samej surowicy), używaniu zwykle ile możności małych dawek surowicy, i, jak dotąd, tylko podskórnie. Metoda podskórnego wprowadzania surowicy przeciwbłoniczej do

ustroju jest o wiele powolniejsza i słabsza w działaniu, a przeto i słabsza w odczynie posurowiczym; odpowiednio zaś małe jej dawki jednorazowe wprowadzają do krwi możliwie małą ilość obcego rodzajowo białka płynnego. Czynię to właściwie nie z obawy przed groźniejszemi powikłaniami, gdyż, jak wiadomo, białko płynne surowic przeciwjadowych nie zawiera w sobie pierwiastków toksycznych »quand même« dla ośrodków naczynioruchowych ustroju, a przeto wprowadzone doń i w znacznie większych ilościach, choćby nawet wśródżylnie, nie powinno być niebezpiecznem, — lecz jedynie z musu, mając do czynienia z biedniejszą klasą ludności, lub też z osobnikami, nadzwyczaj wrażliwymi na wydatki, szczególniej dotyczące leczenia się, które zwykle stoją na ostatnim planie budżetu lub nawet poza planem. Ten przymusowy zbieg okoliczności zgadza się jednak z teoryą ekonomicznego oszczędzania pracy krwi w »parenteralnem trawieniu«, czyli przerabianiu i przyswajaniu sobie różnych białkowych i im podobnych pierwiastków, przez co i ubocznych produktów tej przeróbki pozostaje o wiele mniej do ewentualnej eliminacyi ich z ustroju. Myślę, że jest to powodem, dlaczego, jak dotąd, mam bardzo dobre, jeżeli nawet nie doskonałe wprost, wyniki leczenia surowicą, w zupełności zgadzające się z wynikami, opisywanymi przez serologów i seroterapeutów pedyatrów, którzy wskazują, że groźniejsze objawy odczynu posurowiczego, jak również nadwrażliwości (anafilaksyi), spostrzegali po surowicy przeciwbłoniczej tylko albo po bardzo dużych jej dawkach, albo po zbyt często powtarzanym całym szeregu idących po sobie średnich lub objętościowo mniejszych dawek, przy jednoczesnej wyjątkowej skłonności do wyprowadzenia z równowagi ośrodków naczynioruchowych ustroju (vasomotorische Labilität), przez podrażnienie ich znajdującymi się we krwi produktami ubocznymi przy parenteralnej przeróbce gatunkowo obcego białka.

Na zakończenie niniejszej notatki raz jeszcze zaznaczę, że zdaniem mojem w postępowaniu każdego lekarza praktycznego przy leczeniu błonicy surowicą swoistą naczelną zasadą ma być nie stosowanie małych dawek z obawy przed odczynem posurowiczym lub zjawiskiem nadwrażliwości, lecz stosowanie możliwie większych dawek, stosownie do potrzeby danego przypadku, bez względu na możliwość jakiegoś groźnego lub niebezpiecznego odczynu, czy to w pierwotnem czy w powtórnem stosowaniu surowicy (reinjekcyi), gdyż przy wahaniu się i obawach, czy wogóle zastosować lub zmniejszyć dawkę stosowaną, można łatwo przeoczyć ten kulminacyjny punkt choroby, od którego może zależeć życie lub śmierć leczonego chorego.

Z oddziału (A) chorób wewnętrznych krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
(Oddział Prof. Dr Stanisława Pareńskiego).

Alexipon, nowy środek przeciwgośćcowy

podał

Dr Tadeusz Tempka.

Alexipon, ester etylowy kwasu acetylosalicylowego, należy do tych przetworów salicylowych, które służą do zewnętrznego zastosowania przy wszelkich cierpieniach gośćcowych. Jestto ciecz oleista o bardzo miłym zapachu, dzięki domieszce olejku sosnowego (oleum pini sibirici). Z powodu dość znacznej zdolności resorbcyjnej dostaje się lek ten już w krótki czas po wtarciu w skórę, do obiegu krwi; w moczu można wykazać kwas salicylowy zapomocą rozczynu sześciochlorku żelaza. Alexiponu można używać nierozcieńczonego, lub też z dodatkiem alkoholu, przez co zwiększa się nieco jego zdolność resorbcyjna.

Działanie tego środka badałem na 20 chorych; byli to chorzy, którzy cierpieli na gośćcowe zajęcie stawów i mięśni (w tem 3 przypadki postrzału [lumbago]), tak ostre jak i przewlekłe, i na rwę kulszową. W większości przypadków używałem płynu nierozcieńczonego; wcierałem go raz lub dwa razy dziennie (czasem częściej, zależnie od objawów) w skórę miejsca chorego, na co przychodził suchy opatrunek z waty.

Zrobione przy tem spostrzeżenia możnaby ująć w następujących słowach: Już w krótkim czasie po zastosowaniu środka wypadała próba kwasu salicylowego w moczu draw każdym przypadku dodatnio. Nigdy nie zauważyłem pożnienia zdrowego miąższu nerkowego; natomiast nie należy aleixiponu wcale stosować, lub też bardzo ostrożnie, u osób, u których w nerkach są zmiany patologiczne. Ażeby bowiem przekonać się, jak działa alexipon na chory miąższ nerkowy, stosowałem go u kilku osób, cierpiących na zapalenie nerek i przekonałem się, że w niektórych przypadkach mocz po kilkurazowem użyciu tego leku zawierał większą ilość białka; odpowiednio do tego znajdowały się w osadzie w obfitszej ilości wałeczki i nabłonki nerkowe. Ponieważ równocześnie usunąłem szkodliwy wpływ wszelkich innych czynników i ponieważ te objawy silniejszego podrażnienia nerek ustępowały po odstawieniu alexiponu, przeto w tych przypadkach chodziło o drażniące działanie kwasu salicylowego, zawartego w alexiponie, które to działanie okazują zresztą i inne przetwory salicylowe. — Ustępowanie bolów wraz ze zmniejszaniem się obrzęków stawowych było bardzo widoczne już wkrótce, bo po 1—2—3 natarciach. Nawet po dłuższem używaniu tego środku, tak w postaci rozcieńczonej, jak i nierozcieńczonej, nigdy nie zauważyłem podrażnienia skóry, zaleta, jaką nie wszystkie środki, zewnętrznie stosowane, mogą się pochwalić. Także i na ciepłotę działał alexipon dodatnio w przypadkach gorączkowych, gdyż ciepłota spadała czasem do poziomu prawidłowego, w każdym zaś razie o parę dziesiętnych już po 2—3-razowem natarciu.

Dla ilustracyi działania alexiponu przytaczam następujące przypadki:

1) X. l. 47, przyjęty na oddział z rozpoznaniem: Polyarthritis rheumatica acuta; zajęte były bardzo silnie także drobne stawy rąk i stóp; z powodu bólu ruchy dowolne były prawie zniesione; ciepłota 39·5° C. Alexipon stosowałem 2 razy dziennie; już na drugi dzień zauważyłem wybitne polepszenie tak stanu ogólnego, jak też i objawów miejscowych. Ponieważ działanie alexiponu nie było mi jeszcze znane, więc w przypadku tym podawałem choremu przez 2 dni po $^1/_2$ grm aspiryny dziennie. W każdym razie skuteczności działania alexiponu nie można było przeoczyć.

2) X. l. 33, cierpi oddawna na rwę kulszową i postrzał (lumbago); obecnie zaostrzenie. Chory przed stosowaniem alexiponu mógł opuszczać łóżko tylko z pomocą służby i to z wielką trudnością; po 6-dniowem używaniu alexiponu (3 razy dziennie) bole o tyle ustąpiły, że chory wprawdzie powoli, lecz o własnych siłach mógł się przechadzać.

Alexipon jest więc środkiem, który działa swoiście przeciw cierpieniom gośćcowym, jak każdy przetwór kwasu salicylowego. Wprawdzie jego własności lecznicze ustępują miejsca tym przetworom salicylowym, które się podaje wewnętrznie, natomiast ma on nad nimi przewagę tam, gdzie wskazane jest leczenie salicylowe, chorzy jednak nie znoszą dobrze wewnętrznego użycia środków salicylowych. Najlepiej nadaje się alexipon, jako środek pomocniczy w połączeniu z wewnętrznem podawaniem przetworów salicylowych.

Z kliniki ginekologiczno-położniczej Uniw. Jag. (Dyrektor Prof. Rosner).

O wartości odczynu antytrypsynowego dla rozpoznania i rokowania przy raku macicy.

Podał *)

Dr St. Welecki.

W ostatnich latach dostarczyła nam serologia kilku metod, które mają na celu wykrywanie ukrytych nowotworów przy pomocy odczynów biologicznych.

Podam tu tylko najważniejsze.

Kelling starał się w surowicy krwi chorych na raka wykazać swoiste precypityny. Mieszał on surowicę chorych z wyciągami z wątroby świni, owcy, kury i bydła i z wyciągami z zarodków tych zwierząt, i zauważył występowanie precypitacyi. Próba hemolityczna Kellinga polega na tem, że surowica ludzi chorych na raka często, i to w dość wysokim stopniu, rozpuszcza krwinki innych gatunków.

Także izolizyny, znajdowane w surowicy tych chorych, chciano wyzyskać dla odczynu biologicznego.

Crille stwierdził, że w 82—85% surowica rakowatych rozpuszcza krwinki czerwone zdrowych ludzi. Odchylenie komplementu i próba lecytynowa Porgesa-Meyera tak niestale wypadają w tych przypadkach, że prawie żadnego tutaj znaczenia nie mają.

Pfeiffer i Finsterer przypuszczają obecność niwecznika anafilaktycznego swoistego dla raka w surowicy chorych na ten nowotwór.

Wielką przyszłość i wartość dla rozpoznania nowotworów przedstawia opisany przez Ascoliego odczyn meiostagminowy, polegający na tem, że podczas zetknięcia się antygenu (wyciąg alkoholowy z różnych guzów nowotworowych) z niwecznikiem (surowicą człowieka chorego na raka) powstaje obniżenie napięcia powierzchniowego, co objawia się zwiększeniem ilości kropel z pewnej określonej ilości tej cieczy (mierzy się ją stalagmometrem Traubego).

Podany przez Briegera i Treebinga odczyn antytrypsynowy polega na zwiększeniu siły hamującej surowicy krwi wobec sprawy trawienia białka przez trypsynę. Objaw ten występuje podczas niektórych schorzeń, szczególnie zaś wybitnie u chorych na raka.

Badania nad tą własnością surowicy prowadzono w związku z badaniami nad autolizą narządów.

W surowicy chorych na białaczkę, szczególnie przy postaci szpikowej białaczki, znaleziono w surowicy krwi fermenty trawiące białko, działające podobnie jak trypsyna; znajdują się one też i w surowicy zdrowej, działanie jest jednak uniemożliwione przez czynniki hamujące. Trypsyna bowiem z trudnością tylko trawi świeżą surowicę krwi (taksamo, jak i żywą protoplazmę); co ciekawsze, w obecności surowicy krwi z trudnością odbywa się lub zostaje zniesiony proces autolizy i trawienia innych narządów.

Nowsze a bardzo szczegółowe badania w tym względzie dowiodły, że własność ta surowicy zawisła od wielu prawdopodobnie czynników.

Według Glüssnera zawiera surowica krwi antytrypsynę, swoisty niwecznik przeciw trypsynie danego zwierzęcia. Nie mniej jednak prawdopodobnem jest według Oppenheimera i Aarona, że już białko surowicze żywej surowicy ma chemiczną budowę, niekorzystną dla działania trypsyny. Również nie można napewno rozstrzygnąć, czy przy hamowaniu autolizy przez surowicę chodzi o działanie jakiegoś przeciwfermentu, czy o inne czynniki (według Delezenne ma być czynnikiem hamującym antykinaza — według J. Bauera lipoidy zawarte w surowicy krwi). Działanie hamujące surowicy podlega wielu wahaniom.

O ile gdziekolwiek w ustroju ulegnie wielka ilość leukocytów rozpadowi, to siła hamująca zdaje się bezpośrednio potem zmniejszać, zdaje się wskutek uwolnienia się i przedostania się do krwi większej ilości śródkomórkowych fermentów, które wiążą się z ciałami hamującemi surowicy.

Przez uodparnianie zwierząt otrzymali: Sachs antypepsynę u gęsi, Achalme antytrypsynę u świnki morskiej

Powstaje jednak pytanie, czy te sztuczne niweczniki są identyczne z naturalnymi czynnikami hamującymi w surowicy krwi. Większa liczba doświadczeń świadczy przeciw tej możliwości (Moll i i.). Własności hamujące surowicy znikają już po ogrzaniu do 65° C (według Mięsowicza przy 56°), natomiast przez uodparnianie otrzymane niweczniki wytrzymują ciepłotę 65° przez jedną godzinę, a ciepłotę 56° przez 6 godzin — bez utraty swej siły.

Co do wartości praktycznej, rozpoznawczej, to odczyn antytrypsynowy wypada dodatnio w raku według Bergmana i Meyera w 92·7%, według Briegera-Treebinga w 91·2%, według Braunsteina w 91·6%, według Winograda w 91·6%. W innych schorzeniach: (Basedow, kamica żółciowa, dur brzuszny, niedokrwistość) znajdowali Bergman i Meyer w 24·9%, Brieger i Treebing w 13·0%, Braunstein w 27·7%, Winograd w 34·8%, znaczne zwiększenie siły hamującej surowicy. Mięsowicz i Maciąg znaleźli prawie w 99% przy raku, ale też często i przy innych chorobach (atrophia musculorum progress., gruźlica płuc, cirrhosis hepatis, purpura haemoorhagica, hyperemesis gravidarum, pneumonia) bardzo wybitnie zaznaczony dodatni odczyn.

Moje badania ograniczyły się do badania surowicy krwi w przypadkach raka macicy (15).

Statystykę dzielę na trzy grupy.

Pierwsza grupa obejmuje przypadki raka macicy, nadającego się do operacyi (8), w których też wykonaliśmy zabieg doszczętny sposobem Wertheima. Badanie surowicy krwi przed i po operacyi wykazało znaczne zwiększenie się siły hamującej surowicy krwi we wszystkich przypadkach (oprócz jednego, w którym wynik nie był dość wybitny) i, co ważniejsze, *znikanie tych własności hamujących w jakiś czas po operacyi.*

Grupa druga obejmuje przypadki, w których dopiero wśród zabiegu operacyjnego doszliśmy do wniosku, że rak ten operować się już nie da (4). Wykonana u tych chorych laparotomia próbna nic nie wpłynęła na zachowanie się siły hamującej, i w tych przypadkach znacznej.

Wreszcie trzecia grupa obejmuje trzy chore, które zgłosiły się na klinikę z tak daleko posuniętym rakiem, że już zwykłem badaniem stwierdzić można było, iż rak nie da się doszczętnie operować. U tych chorych wykonaliśmy wyskrobanie mas nowotworowych i przypalenie powierzchni powstałej stąd rany. Zauważyłem, że w kilka dni po ta-

*) Według odczytu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

kim zabiegu, siła hamująca surowicy, i przed zabiegiem znaczna, jeszcze wzrastała.

I. Grupa [1]).

1) L. dz. 277. Pat. D. W.
Badana 10. XI. 1910. A. T. = 70. (Norm. Sur. = 30).
15. XI. Operacya doszczętna sposobem Wertheima.
Badana XII. I. 1911. A. T. = 40. (Norm. Sur. = 40).

1) L. dz. 278. Pat. K. E.
Badana 14. XI. 1910. A. T. = 70. (N. S. = 30).
Operacya doszczętna 20. XI.
Badana 3. I. 1911. A. T. = 40. (N. S. = 30).

3) L. dz. 295. Pat. P. K.
Badana 14. XI. 1910. A. T. = 40. (N. S. 20).
Operacya doszczętna 5. XI. 1910.
Badana 29. XII. A. T. = 30. (N. S. = 20).

4) L. dz. 310. Pat. G. J.
Badana 11. XII. 1910. A. T. = 70. (N. S. = 30).
Operacya doszczętna 13. XII. 1910.
Badana 25. I. 1911. A. T. = 40. (N. S. = 30).

5) L. dz. 92/1911. Pat. G. E.
Badana 18. I. 1911. A. T. = 70. (N. S. = 20).
Operacya doszczętna 20. I.
Badana 13. III. 1911. A. T. 30. N. S. = 20).
Badana 20. V. 1911. A. T. = 20. (N. S. = 20).

6) L. dz. 8/1911. Pat. F. S.
Badana 22. II. 1911. A. T. = 70. (N. S. = 20).
Operacya doszczętna 28. II. 1911.
Badana 28. III. 1911. A. T. = 20. (N. S. = 20).

7) L. dz. 27/1811. Pat. Sz. M.
Badana 20. I. 1911. A. T. = 60. (N. S. = 20).
Operacya doszczętna 21. I. 1911.
Badana 12. III. 1911. A. T. = 20. (N. S. = 20).

8) L. dz. 155/1911. Pat. L. J.
Badana 10. IV. 1911. A. T. = 70. (N. S. = 20).
Operacya doszczętna 12. IV. 1911.
Badana I. V. 1911. A. T. = 30. (N. S. = 20),

II. Grupa.

1) L. dz. 327. Pat. S. T.
Badana 25. I. 1911. A. T. = 70. (N. S. = 20).
Laparotomia próbna 26. I.

2) L. dz. 74/1911. Pat. W. M.
Badana 26. II. 1911. A. T. = 60. (N. S. = 20).
Laparotomia próbna 27. II. 1911.
Badana 18. III. A. T. = 70. (N. S. = 20).

3) 1911. Pat. G. A.
Badana 3. IV. 1911. A. T. = 60. (N. S. = 20).
Laparotomia próbna 4. IV.
Badana 14. IV. 1911. A. T. = 60. (N. S. = 20).

4) L. dz. 177. Pat. W. K.
Badana 20. V. 1911. A. T. = 70. (N. S. = 20).
Laparotomia próbna 4. V. 1911.
Badana 16. V. A. T. = 60. (N. S. = 20).

III. Grupa.

1) L. dz. 294. Pat. P. M.
Badana 23. XI. 1910. A. T. = 50. (N. S. = 20).
Wyskrobanie — przyżeganie 24. XI. 1910.
Badana 28. XI. A. T. = 60. (N. S. = 20).

2) L. dz. 219. P. A. B. E.
Badana 19. XII. 1910. A. T. = 60. (N. S. 20).
Wyskrobanie — przyżeganie 20. XII.
Badana 29. XII. A. T. = 70. (N. S. = 20).

3) L. dz. 135. Pat. Ch. A.
Badana 20. III. 1911. A. T. = 70. (N. S. = 20).
Wyskrobanie — przyżeganie 20 III. 1911.
Badana 29. III. 1911. A. T. = 90. (N. S. = 20).

Badania więc moje stwierdziły, że objaw ten, tak jak przy raku innych narządów, jest i przy raku macicy dość stały.

Traci on jednak wiele na wartości rozpoznawczej wobec faktu, że w tak wielu innych schorzeniach również znajdujemy ten sam objaw, traci dla ginekologii jeszcze bardziej znaczenie wobec badań Eitnera, które wykazały, że w samych początkach rozwoju raka nigdy własności hamujące surowicy nie są w wybitny sposób zwiększone. Nie można jeszcze rozstrzygnąć pytania, czy zmniejszenie się siły hamującej surowicy krwi (przedtem wysokiej) po zabiegu doszczętnym ma jakie znaczenie dla rokowania raka, szczególnie co do rozwijania się przerzutów i występowania nawrotów.

Sądzę, że znaczenie to będzie minimalne; przypuszczać bowiem należy, że tak, jak przy rozwoju pierwotnego ogniska rakowego, tak i przy rozwoju przerzutu nowotworu dopiero wtedy znajdziemy wybitny odczyn antytrypsynowy, gdy rak dojdzie już do takich rozmiarów, że wywoła właściwe mu zaburzenia ogólne i da się zwykłemi klinicznemi metodami rozpoznać.

Piśmiennictwo. 1) Marcus. Berl. klin. Wochschr. 1908, Nr 14. — 2) Tenże. l. c. 1909, Nr 4. — 3) Müller i Jochman. Münch. med. Wochschr. 1906, Nr 29 i Nr 31. — 4) Bergman i Meyer. Berl. klin. Wochschr. 1906, Nr 37. — 5) Erben. Hoffm. Beitr. V. 461. — 6) Glässner. Hoffm. Beitr. IV. 79. — 7) Jacoby. Biochem. Zeitschr. I. 53, II. 144. 274, IV. 21. 470. — 8) Mięsowicz i Maciąg. Przegl. lek. 1909. — 9) Pinkus. Berl. klin. Wochschr. Nr 52, 1910. — 10) J. Bauer. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. V. 2—3. S. 186. — 11) Cabliner. Bioch. Zeitschr. XXV. 494. 12) Rinderspader. Bioch. Zeitschr. XXVII. S. 61. — 13) Braunstein. Berl. kl. Wochschr. 1911. Nr. 11.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Londner. **O wrzodzie żołądka ze stanowiska chirurgicznego.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 10—11). Po omówieniu przyczyn tworzenia się wrzodu, przechodzi L. do leczenia chirurgicznego. Przy wrzodzie zwykłym operujemy najczęściej z powodu częstych, a opierających się wewnętrznemu leczeniu krwotoków, rzadko z powodu bólów. Zwykle nie można stosować bezpośredniego zatamowania krwotoku, lecz tylko łączymy żołądek z jelitem dla zape-

[1]) Posługiwałem się techniką Bergmanna-Meyera (Berl. klin. Wochschr. 1908. 37). Obliczałem według Fürsta (Berl. klin. Wochschr. 1909. 2).

Jeżeli n. p. całkowicie trawiącą dawką było 0·4 cm³ rozczynu 1‰ trypsyny, a w obecności surowicy krwi (0·2 cm³ 20 razy rozcieńczonej surowicy) zupełne strawienie kazeiny wystąpiło dopiero po dodaniu 1 cm³ tegosamego rozczynu trypsyny, t. zn. że 1·0—0·4 = 0·6 cm³ rozczynu trypsyny zostało związane przez użytą ilość surowicy. Więc 1 cm³ surowicy hamuje działanie 60 cm³ rozczynu trypsyny. Piszemy więc wynik w ten sposób: Anti T. = 60. Porównanie tego wyniku z zachowaniem się prawidłowej surowicy pozwala nam wnosić, czy siła antytryptyczna prawidłowej surowicy jest zwiększona.

wnienia żołądkowi spokoju. Wycinanie wrzodu jest zabiegiem dla niedokrwistych chorych za ciężkim.

Często operuje się obecnie z powodu następstw wrzodu przewlekłego, zwłaszcza zwężeń i t. p. Tu również panującą operacyą jest gastroenterostomia, po której niemal w 70% uzyskuje się wyleczenie. (Obawę tworzenia się raków we wrzodach przewlekłych uważa L. za przesadzoną, choć lepiej wyciąć kilka razy wrzód modzelowaty, niż raz pozostawić raka dającego się zoperować). Przy przedziurawieniu należy operować zaraz, a nie czekać, aż przejdzie wstrząs, jak to radzą niektórzy. Niestety niezawsze otwór gastroenterostomii pozostaje drożny (zwłaszcza zwęża się otwór, gdy odźwiernik przepuszcza, i dlatego Eiselsberg radzi odźwiernik zwężać sztucznie). Po gastroenterostomii tworzą się nieraz wrzody w jelicie cienkiem, najrzadziej po sposobie Hackera. Promienie Röntgena oddają teraz w rozpoznawaniu cierpień żołądka bardzo cenne usługi, nieraz rozstrzygając o operacyi. K.

Cameron. **Laparotomia przy pneumokokowem zapaleniu otrzewnej.** (Royal. Soc. of. med. I 1912). Pneumokokowe zapalenie otrzewnej jest zwykle wyrazem ogólnego zakażenia tymi drobnoustrojami. Zaczyna się ono dreszczami, opryszczką na wargach i t. p., równocześnie wykazać można zajęcie opłucnej, osierdzia; płyn gromadzi się bardzo szybko. Autor wątpi, by to zapalenie otrzewnej mogło się wyleczyć samo bez operacyi, jak to podają niektórzy. Zdaniem autora trzeba operować, i to wczas, choć nieraz widoki wyleczenia są przytem małe i niekiedy należy dodać zabieg drugi, bo tworzą się nowe nagromadzenia ropy. Stan pogarszają powikłania ogólne, ze strony płuc, serca i t. p. i dlatego wielu radzi operacyę dopiero po przebyciu zakażenia ogólnego, by usunąć nagromadzoną w otrzewnej ropę, tak jak to czynimy w opłucnej po przebyciu ostrej sprawy. K.

Hofmann. **O pędzlowaniu otrzewnej jodyną przy gruźliczem zapaleniu.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 10). Smarowanie prawidłowej otrzewnej jodyną wywołuje silny wysięk i tworzenie się zlepów. Te właśnie czynniki są potrzebne przy leczeniu zapalenia otrzewnej i dlatego po przeprowadzeniu prób na zwierzętach postanowił H. zastosować smarowanie jodyną przy laparotomiach z powodu gruźliczego zapalenia otrzewnej. Leczenie takie zastosował autor w 4 przypadkach i osiągnął bardzo dobry wynik. Po nasmarowaniu w 48 godzin zjawia się wybitny skutek w postaci wysięku, zwłaszcza przy zapaleniach »suchych«, brzuch przytem jest tkliwy, ale innych dolegliwości niema. Potem leczenie postępuje szybko i zwykle do 4 tygodni sprawa się kończy pomyślnie. K.

Rutherford Morison. **Operacya Talmy-Morisona.** (R. S. of med. Surg. Sec. I 1912). Operacya T. M. dlatego niezawsze daje dobre skutki, bo stosuje się ją szablonowo, chociaż nadaje się ona tylko do pewnych postaci marskości wątroby, a głównie na tle alkoholizmu u zdrowych zresztą osobników. Operacyi nie należy natomiast próbować przy marskości kiłowej, jakoteż tam, gdzie poprzednio były częste wzdęcia i tkliwość wątroby. Unikać należy przy operacyi chloroformu, bo działa on źle na wątrobę. Ponad spojeniem założyć należy otwór i sączkować przezeń jamę brzuszną, nieraz do 4 tygodni. Przeciwwskazaniami do operacyi są podług Rollestona żółtaczka, powikłania ze strony nerek i serca. A.

Kondoleon. **Odprowadzenie limfy jako środek leczniczy przy przewlekłych obrzękach po zgnieceniu.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 10). Przy obrzękach z zastoju, w słoniowacinie i t. p. polecono operacyjnie odprowadzać limfę zapomocą nitek jedwabnych, względnie pasków powięzi. Lanzi paski, wzięte z powięzi szerokiej na udzie, wsunął w głąb kości udowej. Autor w podobnym przypadku uzyskał skutek w sposób prostszy, bo paski powięzi wsunął poprostu między mięśnie uda aż do okostnej, poczem z czasem wynik był znakomity. (Paski zostają drugim końcem w łączności z powięzią szeroką uda). K.

Bittner. **O ropnem zapaleniu stawu biodrowego u osesków.** (Tow. lek. Berno I 1912). Ropne zapalenie stawu biodrowego u osesków, biorące nieraz początek z owrzodzeń z odparzenia, przebiega zwykle dość typowo. Zajmuje najczęściej staw prawy wśród silnej gorączki i bólów. Okolica biodrowa i udo obrzmiewają bardzo silnie i gdy ropa przebije tylną ścianę pochewki stawowej, rozwijają się ropnie okołostawowe. W następstwie drogą zatorów i przerzutów powstać może ropne zapalenie otrzewnej ew. opon i dojść może do zejścia śmiertelnego. W ropie spotyka się koło stawu biodrowego paciorkowce i gronkowce, w przerzutach paciorkowce same. Rokowanie jest niepomyślne. Leczenie także nie bardzo zachęcające. Wczesne wycięcie główki może uratować czasem życie, ale wzrost kończyny potem jest upośledzony i osobnik pozostaje kaleką. K.

Peusquens. **O leczeniu radem.** (Med. Klinik 1912 Nr 10). P. omawia zdobycze na polu radioterapii, jakoteż sposoby leczenia radem. Okazuje się, że przez wdychiwania, picie i wstrzykiwania wprowadza się sporo emanacyi do krwi, jednak najwyżej tylko na kilka godzin. Wstrzykiwania bywają nieraz bardzo bolesne. Rośliny pod wpływem radu rosną znacznie szybciej. Rad podany wewnętrznie działa znacznie pewniej i szybciej przy pustym żołądku, niż po jedzeniu. Przy gośćcu osiągnął His w 47% wybitną poprawę, w 40% polepszenie, a tylko w 13% nie było żadnego skutku. Donoszą także o korzystnych wynikach leczenia radem dny. Leczenie radem nowotworów stosuje się obecnie coraz częściej. Zwłaszcza działa rad dobrze na szybkie oczyszczanie się owrzodzeń. Grin poleca rad przy chorobach nerek jako środek moczopędny. W zastępstwie radu z podobnym skutkiem stosują obecnie przetwory toru. Oddały one już dobre usługi Baumowi w leczeniu tocznia, znamion i raków skórnych. A.

Henke. **O obecnym stanie leczenia ropnego zapalenia opon.** (Beitr. z. Med. Klinik VIII 2). Prócz leczenia zwykle stosowanego (zimno, rurki Leitera, bańki, pijawki, wcierania szaruchy i t. p.) zaczyna sobie przy ropnem zapaleniu opon torować drogę leczenie chirurgiczne. Najpierw zaczęto stosować leczenie operacyjne pierwotnej sprawy miejscowej np. ucha, nosa, potem zaczęto otwierać czaszkę i oponę twardą celem sączkowania i ograniczenia sprawy. Operować naturalnie należy o ile możności w sąsiedztwie głównego ogniska (jamy boczne nosa, ucho i t. p.) Krönig i Jacob zaczęli stosować wlewania, względnie wymywania opon. W r. 1910 Horsley zaproponował przy kiłowych schorzeniach układu nerwowego ośrodkowego przemywania worka oponowego 1‰ sublimatem. Bradford Dench z Nowego Yorku stosuje szeroką tamponadę czaszki ew. sączkuje komory, a w ostatnich czasach Barr posunął się najdalej, bo proponuje przepłukanie całego kanału mózgowordzeniowego przy pomocy przebicia czaszki trójgrańcem i równoczesnego nakłucia lędźwiowego. Zastosował on to w jednym przypadku i choć dziecka nie uratował, spostrzegał skutek wybitny. Podobno Förster stosuje już od roku podobne leczenie, przemywając opony sublimatem 1‰. Niektórzy stosują przy ropnem zapaleniu opon z niezłym skutkiem systematyczne nakłucia lędźwiowe. Kausch, Kümmell zachęcają do tego. Wypuszczać należy dużo płynu, wogóle tak, by ciśnienie opadło zupełnie K.

Laryngologia i otyatrya.

Doc. Hajek. **Leczenie gruźlicy krtani.** (Mediz. Klinik 1912 Nr 10). Wdychiwania, wdmuchiwania środków odkażających nie mają już tego znaczenia, jakie im w r. 1876 przypisywał Moritz Schmidt i późniejsi autorowie, ma jednak zastosowanie przynajmniej na następowe zakażenie z miejsc gruźliczo owrzodziałych, szczególnie, gdy owrzo-

dzenia znajdują się na tylnem spoidle więzadeł, dla zapobieżenia zapaleniu ochrząstnej chrząstek nalewkowatych i stąd wypływającemu obrzękowi, bolesności przy połykaniu, gorączce. Stosowanie kwasu mlecznego nie jest wskazane, a zgoła nie ma tej swoistej wartości, jaką mu przypisywano dawniej.

Heryng podał metodę usuwania ognisk gruźliczych na drodze chirurgicznej (wyskrobanie) wewnątrzkrtaniowej, ale tylko małych, ściśle ograniczonych, a nie rozlanych, a metoda ta daje wtedy rękojmię dobrego wyniku, gdy ogólny stan chorego jest względnie dobry. Współzawodniczy z tym zabiegiem leczenie galwanokaustyczne, nadaje się ono jednak do płaskich, rozlanych nacieków i rozległych owrzodzeń w przeciwieństwie do poprzedniego. Im głębszy zabieg, tem mniejszy odczyn.

Oprócz drogi wewnątrzkrtaniowej pozostają dwa zabiegi: 1) tracheotomia i 2) laryngofissura. Pierwszą chwali autor bardzo — (ma 15 przypadków zupełnego wyleczenia), — gdyż wiedzie ona często nawet bez miejscowego leczenia do doszczętnego wyleczenia, a autor tłomaczy to tem, że chory po tracheotomii nie mówi i nie oddycha przez krtań, więzadłami nie porusza, wobec czego i obrzęk zapalny i sam naciek zmniejsza się stopniowo, by przy dobrych warunkach odżywiania zniknąć zupełnie. Laryngofissura nie daje zdaniem autora szczególnych wyników przy gruźlicy. Inne sposoby leczenia, jak światłem słonecznem i promieniami Röntgena, nie są środkami, na które liczyć warto. M. Mondschein.

Strandberg. **Leczenie tocznia błony śluzowej nosa sposobem Pfannenstiela.** (Centralblatt für Otologie T. X. S. 74). Autor zaleca gorąco sposób Pfannenstiela, polegający na połączonem działaniu jodku sodu i nadtlenku wodoru i stosuje go następująco: Do jamy, względnie jam nosowych wprowadza się tampony z gazy, wolnej od skrobi, dwa razy dnia poleca się choremu, by sam co jakie 10 minut wkraplał sobie do nozdrzy 3% roczyn nadtlenku wodoru, zakwaszony kwasem octowym; równocześnie podaje się wewnętrznie 3 gramy dziennie jodku sodu.

Tampony z gazy muszą być założone umiejętnie, aby stykały się dokładnie z błoną śluzową nosa, względnie z częściami zajętemi, i mają pozostać w nosie nawet przez noc. Przy tem równoczesnem stosowaniu jodku sodu i nadtlenku wodoru możemy się spodziewać dobrego wyniku, ale leczenie powinno trwać 2—3 miesięcy. A. B.

Położnictwo i ginekologia.

Frank. **Rozpoznawanie wyskrobin macicy.** (The American Journ. of Obstetrics. February 1912). Na zasadzie pracy histologicznej Hitschmana i Adlera o stałych okresowych przemianach, zachodzących w błonie śluzowej macicy między jedną a drugą miesiączką, podkreśla autor trudności, jakie dla anatomo-patologa przedstawia rozpoznanie zapalenia śluzówki macicy (endometritis). Dla stwierdzenia zapalenia błony śluzowej macicy konieczna jest obecność komórek plazmatycznych, lecz brak ich zapalenia nie wyłącza, ponieważ znikają one szybciej, niż limfocyty. Natomiast nadużywane dotąd, a banalne rozpoznanie: »endometritis glandularis hypertrophica, hyperplastica, interstitialis« na zasadzie przerostu i rozrostu gruczołów lub zwiększonej ilości tkanki łącznej, nie wytrzymuje krytyki, gdyż obrazy te pod mikroskopem nie różnią się niczem od tych, jakie występują w przebiegu przemian fizyologicznych prawidłowej błony śluzowej. Z drugiej strony stwierdza autor, że często obraz drobnowidowy wyskrobin błony śluzowej nie odpowiadał okresowi, w jakim się chora znajdowała, jak również błona śluzowa z okresu miesiączki nie różniła się od tej, jaką otrzymano przy krwotokach macicznych (menorrhagia, metrorrhagiae). A zatem zaburzeń w czynności błony śluzowej macicy (krwawienia i upławy) nie można, jak dotąd, kłaść szablonowo na karb zapalenia śluzówki (endometritis) i dlatego nie powinno się ich leczyć bezkrytycznie zapomocą wyskrobywania. Autor sądzi, że te objawy są jedynie wyrazem zaburzeń czynnościowych ze strony jajników, że więc ustalenie etyologii i leczenie tych spraw, jak również zaniku macicy przy karmieniu piersią (ex lactatione), bezpłodności, bolesnego miesiączkowania i t. d. inną powinny iść drogą. A. Markowa.

Peterson. **Cięcie cesarskie i jego alternatywy w przypadkach podejrzanych i zakażonych.** (The American Journ. of Obstetrics. February 1912). Przypadki, gdzie położnik wybiera między cięciem cesarskiem, pubiotomią lub wymóżdżeniem, mogą przedstawiać: 1) obraz zakażenia pewnego, 2) zakażenia prawdopodobnego (kilkakrotne badanie po pęknięciu pęcherza) i 3) zakażenia ewentualnego — przypadki »podejrzane« (przedwczesne pęknięcie pęcherza). W grupie pierwszej cięcie brzuszne jest wykluczone z wyjątkiem tych nader rzadkich przypadków, gdzie nawet wymóżdżenie nie umożliwi rozwiązania. Cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne nie polepsza tu rokowania dla matki, a dziecko ginie w pierwszych dniach, najczęściej wskutek zakaźnego zapalenia płuc. W grupie drugiej należy przy rozważaniu cięcia brzusznego uwzględnić stopień i jakość zakażenia i wolę rodziców. Autor stosuje w tych przypadkach zmodyfikowaną operacyę Porro, przyczem poleca długie cięcie, dokładną kauteryzacyę kikuta, ochronę otrzewnej. Panhysterektomia wydawałaby się tu operacyą idealną, lecz otaczająca tkanka łączna jest dobrem podłożem dla szerzenia się zakażenia, To samo dotyczy cięcia zewnątrzotrzewnego. Dla grupy trzeciej cięcie cesarskie klasyczne jest dopuszczalne z pewnemi ostrożnościami, mającemi na celu ochronę otrzewnej. Między innemi należy tu polecane przez autorów przeprowadzenie łożyska przez szyję macicy, nie przez cięcie w trzonie. Natomiast odrzuca P. projekt przepłukiwania worka płodowego roztworem fizyologicznym soli, gdyż w jamie o tak licznych zaułkach nie wiedzie ono do celu, a gdy zakażenie jest znaczne, to przypadek należy wogóle do kategoryi pierwszej lub drugiej. A. Markowa.

Outerbridge. **Utworzenie się doczesnej w sieci.** (The American Journ. of Obstetrics. February 1912). Badając sieć, z którą zrośnięte było jajo płodowe w przypadku wtórnej ciąży brzusznej donoszonej, znalazł w niej autor liczne typowe ogniska doczesnej. Doczesna ta nie miała dla płodu znaczenia odżywczego: kosmki nie stały z nią w bezpośrednim związku. Dla wyświetlenia jej powstania posiłkuje się O. teoryą i doświadczeniami Loeba. Podług Loeba dla powstania doczesnej potrzebne są dwa czynniki: obecność hormonu — ciała uczulającego — mającego źródło w ciałku żółtem, i podrażnienie mechaniczne, niekoniecznie swoiste, t. j. wychodzące z zapłodnionego jaja. Usadowienie się zapłodnionego jaja jest czysto mechanicznem podrażnieniem stałych komórek łącznotkankowych danej okolicy, skutkiem czego przy obecności hormonu rozwija się doczesna. Gniazda komórek doczesnej w przebiegu ciąży prawidłowej znajdujemy i poza macicą w jajnikach i otrzewnej. Skoro zaś ich zazwyczaj nie znajdujemy w sieci, — więc albo nie podlega ona wpływowi ciała uczulającego, albo zachodzi brak czynnika mechanicznego. Gdy zaś, jak w przypadku autora, sieć zetknęła się i z rozwijającem się jajem i z jajnikiem, zawierającym ciałko żółte ciążowe, wytworzyła się doczesna, i to w znacznych rozmiarach.

A. Markowa.

Okulistyka.

Szafnicki. **Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego.** (Postęp. okul. 1911, Nr XI—XII). Dawniejsi autorowie mało zwracali uwagi na powiększenie plamy Mariotta w przypadkach spraw zapalnych nerwu wzrokowego. Nowsi wspominają o środkowym ubytku pola widzenia (scotoma centrale), który obejmował zarazem okolicę odpowiadającą wejściu n. wzrokowego, mógł zatem być powiększeniem fizyologicznej plamy Mariotta. Sz. przytacza 9 spostrzeżeń przypadków zapalenia nerwu wzrokowego różnego pochodzenia, badanych w tym kie-

runku szczegółowo. We wszystkich plama Mariotta była wyraźnie powiększona, a równocześnie badanie wziernikiem wykazywało wybitne zmiany zapalne, względnie obrzękowe na tarczy. Autor spostrzegał poza tem przypadki rozpoczynającej się zaledwie tarczy zastoinowej, gdzie wziernikiem zaledwie ślad przekrwienia można było stwierdzić, a gdzie przy uważnem badaniu perymetrem udało mu się wykazać wprawdzie nie powiększenie plamy Mariotta, bo do tego nie było jeszcze powodu, ale łatwiejsze znikanie w miejscu odpowiadającem plamce ślepej znaczka, niż na drugiem oku, wolnem od zmian wziernikowych. W takich razach drobiazgowe badanie pola widzenia może oddać ważne usługi i rozstrzygnąć watpliwe rozpoznanie. K. W. Majewski.

Wicherkiewicz. **Wągr wśródgałkowy i jego zwalczanie.** (Postęp okul. 1911, Nr 8—9). Autor opisuje szereg własnych spostrzeżeń wągra wśródgałkowego. W pierwszym przypadku wągr usadowił się między twardówką a naczyniówką. Tak przynajmniej można było wnosić z tego, że po przecięciu twardówki wypłynęło tylko trochę cieczy żółtawej, ale nie pojawiła się ani kropla krwi, nie było również najmniejszego ubytku ciała szklistego, wągr natomiast z łatwością wysunął się przez ranę na zewnątrz. Dopuszczalne jest także tłómaczenie, że naczyniówka na przestrzeni uciśniętej przez pasorzyta uległa zanikowi. Za tem przemawiał także obraz wziernikowy po dokonanej operacyi, mianowicie duża plama szaro-żółta, obrąbiona złogami barwikowymi w miejscu dawnego usadowienia wągra. Wynik operacyi w tym przypadku tak pod względem wzroku, jak pod względem kosmetycznym, był zupełnie pomyślny. W drugim przypadku wągr usadowił się w ciałku szklistem i prawdopodobnie był przytwierdzony do pochwy nerwu wzrokowego. Tu zadanie operatora było o wiele trudniejsze i z góry można było przewidywać, że zabieg dla wzroku nie przyniesie korzyści. Niemniej usunięcie pasorzyta było konieczne i powiodło się przy użyciu łyżki Pagenstechera z miernym tylko ubytkiem ciała szklistego. W trzecim przypadku szczególną uwagę zwracały bardzo żywe, zwłaszcza w godzinach poobiednich, ruchy pasorzyta. Operacya była bardzo utrudniona z powodu niespokojnego zachowania się chorego. Ponieważ wągr usadowił się również w ciele szklistem, nie mogło się obejść bez miernej utraty tegoż. Wobec trudności operacyi i na ogół niekorzystnego rokowania operacyi dla wzroku, zastosował autor w jednym przypadku elektrolizę, podaną przez Dora, jako sposób zabicia pasorzyta wewnątrz gałki ocznej. Ani jednak elektroliza ani wstrzyknięcie płynu Lugola, ani wstrzykiwania fibrolizyny w celu zmniejszenia zaćmień w ciele szklistem, nie odniosły spodziewanego skutku. Dlatego mimo trudności i niebezpieczeństw zabiegu operacyjnego, jest to, zdaniem autora, jedyny uzasadniony sposób postępowania, bo nawet, gdyby pasorzyta zabić się udało, odgrywać on może rolę śródgałkowego ciała obcego. K. W. Majewski.

Ziemiński. **Krwotok wypierający po operacyi ocznej.** (Postęp. okul. 1911, Nr 5). Z groźnych powikłań operacyi zaćmy, względnie przebiegu pooperacyjnego, do bardzo rzadkich, ale może najgroźniejszych należy tak zwany krwotok wypierający (haemorrhagia expulsiva). Krwotok ten powstaje zwykle z pęknięcia naczyń naczyniówki — czy to w chwili dokonania cięcia rogówkowego, gdy przez wypływ cieczy wodnej parcie śródoczne nagle się obniży, — czy w dalszych fazach operacyi. Krew wypiera dosłownie całą treść gałki ocznej i wynicowuje na zewnątrz siatkówkę, która tworzy krwawy guz, wystający z szeroko ziejącej rany operacyjnej. Z guza tego sączy się krew, jak z gąbki i ścieka strugami po twarzy. Wzrok jest niepowrotnie stracony, a gałka oczna ulega zupełnemu zanikowi. Krwotoki tego rodzaju spostrzega się najczęściej u osób starszych, dotkniętych znaczniejszym stopniem miażdżycy tętnic. Pierwszy taki przypadek opisał Wenzel w r. 1779. Sattler i Terson twierdzą, że od lat 25, odkąd zaczęto operować zaćmy pod kokainą, krwotok wypierający zdarza się częściej.

Autor opisuje przypadek o tyle szczególny, że odnoszący się do 9-letniego dziewczęcia, gdzie nazajutrz po operacyi zaćmy wrodzonej, w uśpieniu chloroformowem dokonanej, po zdjęciu opatrunku stwierdzono wynicowanie wewnętrznych błon oka wskutek krwotoku wypierającego. Dodać należy, że chora nie miała po uśpieniu wymiotów i że nie czuła żadnego bólu, gdy zazwyczaj w chwili powstawania krwotoku ból, jakiego chorzy doznają, bywa niezmiernie silny. Co do postępowania leczniczego, to w pierwszej linii wskazane jest odcięcie wypadłych części, a gdy to nie wystarcza do opanowania krwotoku, — najlepiej jest gałkę wyłuszczyć. K. W. Majewski.

Kleczkowski. **Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę. Przyczynek do etyologii jaskry.** (Postęp okul. 1911, Nr 7). Wiadomo, że adrenalina znajduje się w surowicy prawidłowej krwi ludzkiej, ale w tak maleńkich ilościach, że do wykrycia jej obecności trzeba posługiwać się osobnemi metodami badania (Batelli, Meyer, Fraenkel, Cybulski, Szymonowicz) i używać krwi w odpowiedni sposób zagęszczonej. Najpowszechniej używany odczyn biologiczny Ehrmanna na wyjętem oku żaby nie wystarcza do wykazania tak drobnych ilości adrenaliny, ani też jeszcze mniej czułe próby chemiczne. Właśnie dlatego tymi odczynami posługiwał się autor w swych badaniach nad zawartością adrenaliny w surowicy krwi osób dotkniętych jaskrą, zależało mu bowiem na tem, aby się przekonać, czy krew tych chorych nie zawiera jej w zwiększonej ilości. Używał zatem tak odczynu Ehrmanna w modyfikacyi Gautiera, jak próby chemicznej Comessatiego (z sublimatem — zabarwienie różowe), oraz próby Zangfrogniniego (zabarwienie różowe z dwutlenkiem manganu). Ponieważ próby te z prawidłową surowicą ludzką dają stale wynik ujemny, więc sam wynik dodatni, uzyskany z krwią osób chorych na jaskrę, dowodził już zwiększenia ilości adrenaliny. Autor badał 9 przypadków jaskry zapalnej (w tem jeden jaskry krwotocznej) i 3 przypadki jaskry prostej, niezapalnej. We wszystkich przypadkach powyższe próby wypadały stale dodatnio, zawartość adrenaliny w surowicy krwi była zatem wzmożona. Również u wszystkich badanych chorych ciśnienie krwi było wyraźnie podniesione, co należy wprowadzić w bezpośredni związek ze zwiększoną ilością adrenaliny. Adrenalina oddziaływa z drugiej strony na cały układ nerwowy współczulny, a tem samem i na włókienka nerwu współczulnego, zaopatrujące mięsień rozszerzający źrenicę. Rozszerzenie źrenicy łącznie ze wzmożonem ciśnieniem krwi i z niewątpliwemi zmianami w ścianach naczyń krwionośnych — przyczynia się do podniesienia parcia śródocznego, a tem samem wywołuje jaskrę. K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 6 marca 1912 r.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 72.

Na początku posiedzenia prezes Dr Janiszewski podniósł stratę, jaką poniosło Towarzystwo i nauka polska przez śmierć ś. p. Prof. Stopczańskiego. Obecni przez powstanie uczcili pamięć zmarłego.

1) Kol. Eisenberg **O negatywnem barwieniu bakteryi.**

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Potrzobowski odnośnie do metody swojej i Lenartowicza, wspomnianej przez prelegenta, zaznacza, że białe spirale na tle czerwonem, jakie spostrzegamy przy

tej metodzie, są najprawdopodobniej szczelinami w surowicy, utworzonemi wskutek jej pękania najdokładniej wzdłuż każdego skrętu krętka bladego, a nie niezabarwionymi krętkami. Natomiast w metodzie Kalba, służącej również do wykazywania krętka bladego, a polegającej na traktowaniu preparatu trójbarwikiem kwaśnym Ehrlicha, spostrzegamy zjawisko negatywnego barwienia, gdyż w tej metodzie krętki blade nie przyjmują kwaśnego barwika i występują jako twory białe, delikatne, na tle czerwonofioletowem. (Streszczenie własne).

Kol. Dr Koźniewski podnosi, iż kol. Eisenberg mylnie przedstawił mechanizm plazmolizy w rozczynach hypertonicznych. Mechanizm ów nie polega na tem, że cząsteczki rozpuszczone w płynie hypertonicznym, uderzając o protoplast, zgniatają go i odpychają od ściany komórkowej, lecz na tem, że woda z wnętrza komórki dąży poprzez błonę wpół przepuszczalną na zewnątrz, do płynu o większem ciśnieniu osmotycznem (płynu hypertonicznego) i wtedy protoplast musi zmniejszyć swą objętość. (Patrz jakikolwiek podręcznik fizyologii roślin n. p. Jost str. 19, albo książkę Loeba). (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg w odpowiedzi kol. Koźniewskiemu, zaznacza, że w myśl samych autorów teoryi ciśnienia osmotycznego (Van t'Hoff) i ogólnie przyjętych poglądów nie »siła przyciągania wody«, lecz ciśnienie drobin jest podstawą ciśnienia osmotycznego i plazmolizy, a występowanie wody ze środowiska hypotonicznego jest dopiero następstwem tego ciśnienia (vide Hamburger: Osmotischer Druck u. Jonenlehre T. I. str. 4—5, 28—29 i Fischer Vorlesungen über Bakterien II. wyd., str. 21—23). (Streszczenie własne).

Kol. doc. Koźniewski: W odpowiedzi kol. Eisenbergowi, który dowodzi, że jego przedstawienie mechanizmu plazmolizy odpowiada rzeczywistości, gdyż »to się widzi na preparatach, jak protoplast zostaje odciśnięty od sztywnej błony«, oraz w odpowiedzi na uwagę, iż »jaką jest w rzeczywistości istota procesu, ani on, ani kol. Koźniewski wiedzieć nie może«, zaznacza mowca, że zjawisko plazmolizy jest typowym przykładem takich zjawisk w biologii, które doskonale dają się wytłómaczyć na gruncie chemii fizycznej, gdyż znajdują tu zupełne zastosowanie prawa ciśnienia osmotycznego. W komórce i otaczającym ją płynie hypertonicznym zachodzi to samo, co w dwóch płynach nie izotonicznych, rozdzielonych błoną wpółprzepuszczalną, mianowicie zachodzi tok wody w kierunku płynu hypertonicznego, — aż do wyrównania ciśnień. Następstwem tego w komórce, zamkniętej sztywną, nie poddającą się błoną, jest skurczenie się protoplastu, — plazmoliza. (Streszczenie własne).

2) Dyskusya nad wykładem kol. Jekelsa: **O psychoanalizie Freuda.**

Kol. Blassberg zaznacza, że w wykładzie kolegi Jekelsa zarysował się pewien indywidualny kąt widzenia prelegenta na teorye Freuda i na stosunek ich do »oficyalnej« psychologii. W przedstawieniu bowiem prelegenta wyszły te teorye jako intuicyjne wytwory fantazyi, a nadto oddzielił je prelegent chińskim murem od »oficyalnej« psychologii, która się, według prelegenta, w odróżnieniu od »psychoanalityków« wrzekomo wcale nie zajmuje nieświadomymi i podświadomymi stanami psychiki ludzkiej. Nie wdając się w merytoryczną krytykę samych teoryi Freuda, podnosi Bl., że wbrew prelegentowi, należy psychoanalizę Freuda uważać za ściśle doświadczalny wykwit metodologiczny w naukowej psychologii, który wyrósł z dotychczasowych zdobyczy »oficyalnej« psychologii.

Kol. Eisenberg podnosi, że wbrew twierdzeniu prelegenta pierwiastek nieświadomy w psychice ludzkiej już przed szkołą Freuda znalazł uwzględnienie zarówno w psychologii, jak w filozofii i wskazuje na dzieła Schopenhauera, Hartmanna, Du Prede, Kotika i innych okulistów. Badacze ci i filozofowie wskazywali także na wielkie znaczenie snów dla psychologii i pierwsi zainicyowali reuministyczne ich rozważanie. Co do strony merytorycznej E. uznaje, że w nauce Freuda tkwi pewne jądro prawdy i dużo ciekawych spostrzeżeń, sądzi jednak, że Freud, a zwłaszcza jego uczniowie, przez skrajność swych poglądów, niezawsze krytycznie sprawdzanych, przez dowolność tłómaczeń, a zwłaszcza naciąganą czasem symbolistykę ograniczają wartość pozytywnych zdobyczy. Zwłaszcza nauka o wyłącznie seksualnym podkładzie psychoneurozy, jakoteż o dominującym wpływie czynników płciowych na całą psychikę, wreszcie nauka o płciowości dzieci, a nawet niemowląt, muszą budzić poważne wątpliwości i zastrzeżenia. Wreszcie tłómaczy teorya Freuda, gdyby ją przyjąć całą bez zastrzeżeń, tylko mechanizm objawów psychoneurotycznych, nie tłómaczy natomiast swoistych podstaw psychoneuroz, zmuszając nadal na to miejsce stawiać niezbadane x — podkład konstytucyonalny. Czy psychoanaliza jako środek leczniczy przedstawia postęp wobec innych metod, zwłaszcza psychoterapeutycznych i czy nie jest narzędziem obosiecznem, o tem musi zadecydować dłuższe doświadczenie, i to nietylko samych zwolenników Freuda.

Kol. Dr Jekels: Wywody poprzednich mówców przedstawiają mi się niemniej jako twory kompromisowe, podobnie, jak to psychoanaliza twierdzi o marzeniach sennych, neurozie i t. d. Kompromis zaś polega w tym wypadku na tem, że opory i niechęć przeciw psychoanalizie rzutowano na prelegenta i jego odczyt. I tak zarzucił mi Dr Blassberg niejako nieścisłość i dowolność w przedstawieniu psychoanalizy, a to dlatego, że: 1) omawiając rolę i znaczenie »nieświadomego« w psychoanalizie podniosłem, że zachodzi bardzo zasadnicza różnica, wprost rozdział, między psychologią Freuda, to jest psychoanalizą, a psychologią dotychczasową; 2) że omawiając rozwój techniki psychoanalitycznej wskazałem na intuicye Freuda jako ów czynnik, który mu umożliwił zrozumienie, że pozornie z zespołem chorobowym nie wiążące się kojarzenie pacyenta, w istocie rzeczy jednak w związku z nim pozostawało. Nazwałem więc determinizm Freuda intuicyą[1]).

Ad 1). Freud, Traumdeutung 1. Aufl., str. 364. »Uprawialiśmy dotychczas psychologię na własną rękę; teraz czas oglądnąć się za panującymi w dzisiejszej psychologii poglądami i zbadać ich stosunek do naszych (t. j. Freuda) wywodów. Kwestya »nieświadomego« w psychologii jest w myśl dosadnego wyrażenia Lippsa nie tyle psychologiczną kwestyą, co kwestyą psychologii. Jak długo psychologia zbywała ją oświadczeniem gołosłownem, że co »psychiczne« to »świadome», a »nieświadome psychiczne procesy to wyraźna sprzeczność«, — niemożliwem było psychologiczne zużytkowanie spostrzeżeń, które lekarz mógł poczynić w nienormalnych stanach psychicznych. »Lekarz nie może inaczej, jak tylko wzruszając ramionami odrzucić zapewnienie, że »świadomość« jest nieodzownem znamieniem »psychicznego«, — a jeżeli respekt jego dla filozofów jest jeszcze dość duży, wtedy musi on przypuścić, że oni obaj nie traktują o tymże samym przedmiocie i nie uprawiają tej samej wiedzy». Tamże str. 366: »Mówię nie bez kozery: w naszem (t. j. Freuda) nieświadomem, bo to, co my tak nazywamy, nie zlewa się z nieświadomem filozofów, a nawet z nieświadomem Lippsa«. Czyż to więc nie jest zerwaniem wszelkiej wspólności z dotychczasową psychologią, tak uznającą, jak i nieuznającą nieświadome?

Ad 2). Freud, Über Psychoanalyse, str. 27. »W tym okresie mej bezradności chwyciłem się przesądu (Vorur-

[1]) Nadużywam może prawa, pozwalającego każdemu z mówców streścić swe przemówienie dla »Przeglądu lekarsk.«, umieszczając tutaj nietylko powyższe cytaty z Freuda, lecz i kilka uwag, pominiętych przezemnie w dyskusyi. Mogą się one jednak w znacznym stopniu przyczynić do rozświetlenia spornych punktów, które się w dyskusyi wyłoniły.

theil), którego naukowe uzasadnienie wykazał dopiero w lata później C. G. Jung. Muszę powiedzieć, że jest to jednak czasem pożyteczne, mieć przesądy. Posiadałem zawsze w wysokim stopniu mniemanie o ścisłem uwarunkowaniu procesów psychicznych i t. d.« Czyż jest to takiem spaczeniem istotnego stanu rzeczy, że ja przesąd Freuda nazwałem intuicyą? A czyż my tego rodzaju przesądy naukowe, — o ile się później okażą jako uzasadnione i płodne, — nie pojmujemy jako intuicyę?

W świetle tych cytat jest mojem zdaniem podniesiony przeciw mnie przez Dra Blassberga zarzut, nieuzasadniony. Według Dra Blassberga, Freud sam stoi na gruncie dotychczasowej psychologii i opiera się na niej; coś, przeciwko czemu się Freud, nietylko jak to widzieliśmy w »Traumdeutung«, lecz przy każdej sposobności, — jak najostrzej zastrzega.

Wobec kol. Eisenberga jestem zmuszony podtrzymać me twierdzenie, że t. z. psychologia szkolna stoi naogół na stanowisku, że wszystko, co psychiczne, jest »świadome«. Nie obcem mi jest, że niektórzy filozofowie operują pojęciem »nieświadomego«, — i tu należałoby przedewszystkiem wskazać na Leibnitza. Lecz to jest dla sprawy przezemnie omówionej szczegół zupełnie podrzędny. Bo, jak to już Freud powyżej nadmienia i jak to, bezpośrednio po moim odczycie, kol. Eisenbergowi wspomniałem, ma »nieświadome« Freuda bardzo niewiele wspólnego z »nieświadomem« filozofów, a natomiast różni się odeń »toto coelo«. Bo okrom ogólnych cech, rzekłbym zewnętrznych, jakie wszelkie nieświadome jako antyteza świadomego posiada, ma Freuda nieświadome specyalne znamiona, jakoto: powstaje w drodze dynamicznej (przez tłumienie), posiada zawsze charakter życzenia, mieści w sobie dużo afektu i nie jest zdolne do przedostania się do świadomości w swej właściwej postaci, (bewusstseinsunfähig). Zestawiając je przeto z nieświadomem filozofów, — mówi się tu zupełnie o dwu różnych rzeczach. Co do zarzutów, że psychoanaliza wyolbrzymia seksualizm w karykaturalny sposób, że symbolika Freuda jest przesadna i t. d., nadmieniam tylko, że nie uchodzi wobec naszego wyraźnego powoływania się na doświadczenia, specyalną czynione metodą, pomawiać nas zawsze tylko o fanatyczne zaślepienie i stawiać bez badania tąż samą metodą tego rodzaju twierdzenia, — oparte więc tylko na tem, że coś być nie może, bo sprzeciwia się naszym dotychczasowym poglądom, i że nie możemy sobie wprost wyobrazić, by takie »monstrualności« rzeczywiście istnieć mogły. Zjawiska, podane przez Freuda i jego szkołę, istnieją niewątpliwie w całej pełni i rozciągłości; są one do stwierdzenia przez każdego, kto się tą samą, co my, posługuje metodą. Nie masz tu więc miejsca dla spekulacyi i apriorycznych sądów; rozstrzyga wyłącznie i jedynie: doświadczenie. (Streszczenie własne).

Zastępca sekretarza dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

80. Ogólne Zebranie w dniu 17 lutego 1912.

Obecnych 22 członków.

Na przewodniczącego Zebrania wybrany Kol. Jan Przychodzki.

Kol. Sekretarz odczytał protokół poprzedniego Zebrania, który przyjęto.

Kol. Sekretarz odczytał **sprawozdanie z działalności Towarzystwa** za rok 1911.

Na początku roku 1911, (dziesiątego swego istnienia), Towarzystwo liczyło 48 członków, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 42 rzeczywistych, że zaś w ciągu roku ubyło wskutek śmierci 1, a przybyło 3, przeto z dniem 1 stycznia 1912 Towarzystwo liczyło 50 członków, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 44 rzeczywistych.

Na początku roku w myśl § 12 statutu ustąpili z Zarządu: Prezes kol. Henryk Fidler, wiceprezes kol. Fr. Kosicki, bibliotekarz kol. Kondratowicz i członek komisyi rewizyjnej kol. Bijejko. Wybory odbyły się 18 lutego 1911, przyczem zostali wybrani: prezesem kol. Henryk Fidler, wiceprezesem kol. Kosicki, bibliotekarzem kol. Kondratowicz, członkiem komisyi rewizyjnej kol. Bijejko — wszyscy ponownie.

W roku sprawozdawczym odbyło się 15 Zebrań ogólnych. Na Zebraniach bywało średnio 17 członków, co stanowi 41% w stosunku do ogólnej liczby członków rzeczywistych; nadto wprowadzono dwóch gości: kolegów Bączkiewicza i Rychlińskiego z Warszawy. Na zebraniach tych odbyło się pięć odczytów, a mianowicie kol. Cunga »W sprawie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem« i »Metody wczesnego rozpoznawania raka żołądka«, kol. Fidlera »Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość« kol. Raszkesa »O kamieniach w cewce moczowej u kobiet« i kol. Rychlińskiego »O nerwicach« — zatem jeden odczyt z dziedziny chorób nerwowych, jeden z ginekologii i trzy z dziedziny chorób wewnętrznych, oraz przedstawiono 6 chorych, leczonych salwarsanem, 2 chorych z chorobą Parkinsona, jednego chorego z niedokrwistością złośliwą i jednego po operacyi skutkiem wgłobienia jelita. Nadto rozpatrzono i przyjęto w pierwszem czytaniu projekt Organizacyi zawodowej lekarzy Ziemi radomskiej, oraz poświęcono pięć zebrań dyskusyi nad budową szpitala dziecięcego im. hr. Ożarowskich w Radomiu.

W ciągu roku sprawozdawczego Towarzystwo utraciło członka rzeczywistego ś. p. kol. Franciszka Goderskiego z Kozienic, zmarłego 16 marca 1911 r. w Warszawie z raka żołądka.

Na 68. Ogólnem Zebraniu Prezes Towarzystwa w gorących słowach uczcił pamięć zmarłego, zebrani zaś oddali cześć jego pamięci przez powstanie z miejsc i złożenie pewnej sumy na rzecz kasy wdów i sierót po lekarzach Ziemi radomskiej zamiast wieńca na trumnę. Ś. p. Franciszek Goderski urodził się 1866 r., lekarzem został w 1897 roku, lekarzem m. Kozienic w 1898 r., powiatu kozienickiego w 1909, lekarzem pow. korzeckiego w 1910 roku. W Kozienicach założył straż ogniową ochotniczą i kasę pożyczkowooszczędnościową.

Towarzystwo wzięło udział przez wysłanie odpowiedniej odezwy w jubileuszu pięćdziesięciolecia Towarzystwa lekarskiego moskiewskiego, w Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi przez delegowanie kolegów Fidlera, Pełczyńskiego, Raszkesa i Szczepaniaka z odczytami z dziedziny chorób wewnętrznych, medycyny sądowej, ginekologii i medycyny publicznej, a mianowicie: kol. Fidler miał odczyt: »Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość«, kol. Pełczyński »Rzeczoznawstwo sądowolekarskie na prowincyi« i »Praktyka walki z chorobami jawnemi w Radomiu«, kol. Raszkes »Przyczynek do nowych metod operacyjnych w położnictwie«, kol. Szczepaniak »Projekt Organizacyi zawodowej lekarzy Ziemi radomskiej«.

Towarzystwo obchodziło w roku sprawozdawczym 50-letni jubileusz pracy lekarskiej kol. Jana Przychodzkiego przez ofiarowanie Jubilatowi grupy koleżeńskiej, oraz złożenie powinszowań i życzeń na 73. Ogólnem Zebraniu członków. — Kol. Jan Przychodzki urodził się w r. 1838 w Ziemi lubelskiej. Ukończył gimnazyum radomskie w roku 1856, studya lekarskie w Moskwie w r. 1861. Po ukończeniu studyów objął posadę asystenta przy szpitalu św. Kazimierza w Radomiu. W r. 1862 powołany został początkowo na zastępującego, potem na lekarza szpitala starozakonnych w Radomiu, oraz w r. 1863 i na lekarza powiatowego. Podczas powstania był delegowany pod Kowalę, Stępocin i Głowaczów celem niesienia pomocy lekarskiej rannym powstańcom. W roku 1889 otrzymał posadę lekarza miejskiego w Radomiu, które to obowiązki

pełnił do r. 1898, poczem z zajmowanego stanowiska ustąpił i poświęcił się praktyce prywatnej. Poza obowiązkami lekarskimi przez 9 lat pełnił obowiązki radnego honorowego magistratu m. Radomia.

Zarząd Towarzystwa zbierał się 12 razy. Na posiedzeniach tych oprócz spraw administracyjnych rozpatrywane były wszystkie sprawy, wnoszone następnie pod obrady Ogólnych Zebrań. Ruch korespondencyjny w roku 1911 był następujący: wysłano odezw 80, wpłynęło 64.

Zebrania Zarządu odbywały się w lokalu Towarzystwa przy placu Soborowym l. 1. Zebranie zaś Ogólne w lokalu Kasy przemysłowców radomskich, za którego udzielenie Towarzystwo lekarskie składa Kasie przemysłowców serdeczne podziękowanie.

Sprawozdanie skarbnika:

Dochód 654 rb. 37 kop., rozchód 615 rb. 71 kop., remanent 38 rb. 66 kop. — Projekt budżetu na r. 1912: Remanent z r. 1911 38 rb. 66 kop., z zaległych składek 162 rb., z bieżących składek 528 rb., razem 738 rb. 66 kop. Rozchód 630 rubli. Projektowany remanent w roku 1913 98 rb. 66 kop. — Stan kasy wsparć przy Tow. lek. radomsk.: Z początku roku 1911 292 rb. 83 kop. Wpłynęło od kol. Borysewicza 40 rb, procent 14 rb. 64 kop. Razem 373 rb. 47 kop.

Stosownie do § 12. Ustawy przystąpiono do wyborów na miejsce ustępujących członków Zarządu kol. Józefa Kossaka i kol. Tadeusza Rakowskiego, oraz na miejsce ustępującego członka Komisyi rewizyjnej prow. Łagodzińskiego. Wszyscy zostali wybrani ponownie i godności swe przyjęli. Na miejsce kol. bibliotekarza chwilowo nieobecnego wybrano zastępcę kol. Mojżesza Kellerworma.

Członek Zarządu sekretarz T. Rakowski.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XIV. posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 22 kwietnia (5 maja 1911).

Obecnych członków 14, gości 3. Przewodniczy prezes prof. O. Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr. Mieczysław Michałowicz: **W sprawie gośćca gruźliczego** (z pokazem chorego). Przypadek ten zasługiwał na zaznaczenie dlatego, że przebieg jego dawał wszelkie dane i pozory dla pomieszania go ze zwykłym gośćcem. Próba tuberkulinowa, zastosowana w celach rozpoznawczych, wyświetliła ostatecznie stan rzeczywisty i wskazała na sprawę gruźliczą.

Dyskusya: Dr Zboromirski zarzuca, że prelegent nie badał krwi co do obecności laseczników, albowiem krew zawiera je w 100%. — Prelegent: Badałem płyn wysiękowy z opłucnej i nie znalazłem laseczników, płyn ten jednak wstrzyknięty zwierzętom wywoływał ogniska gruźlicze Droga doświadczeń na zwierzętach jest pewniejsza, aniżeli badanie drobnowidowe. — Prof. Ziemacki zauważa co do leczenia takich przypadków, iż jego zdaniem należy stosować w takich razach tuberkulinę. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie.

II. Dr Stanisław Ostrowski: **O wrodzonych wadach serca u osesków**. Mówca rozpatrywał symptomatologię wrodzonych wad serca i między objawami wysunął na pierwszy plan szmery komórkowe, powiększone rozmiary serca i sinicę, niekiedy bardzo wybitnie się zaznaczającą. Zapatrywania swe poparł mowca licznymi dowodami z własnych spostrzeżeń.

Dyskusya: Dr Michałowicz przytacza przypadek, w którym była sinica, pomimo to wady serca nie było. — Prelegent również przytacza przypadek, w którym była bladość, szmerów w sercu nie było. Na sekcyi okazała się

wada wrodzona. Przypadki te są wogóle rzadkie. — Prof. Czeczott zapytuje prelegenta, z jakiej ogólnej liczby spostrzeżeń wysnuł on wniosek, iż wady sercowe spostrzega się częściej u chłopców, aniżeli u dziewcząt, albowiem to ma znaczenie w określaniu odsetek. — Prelegent: Wniosek ten opieram tylko na własnych spostrzeżeniach. Przypadki zebrałem za lat 13. Podobnych zestawień niema. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Odczytano protokół posiedzenia »Opieki lekarskiej« z dnia 11/24 marca 1911 r. 2) Odczytano i poddano rozprawom ostateczne uregulowanie sprawy pomocy lekarskiej dla tutejszej uczącej się młodzieży polskiej. 3) Sekretarz administracyjny Dr Wilamowski odczytał życiorysy osób, podanych na członków.

XV. posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 14 (27) października 1911 r.

Obecnych osób: członków 23, gości 6. Przewodniczy prezes prof. O. Czeczott.

Potokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr St. Ostrowski: **Morfologia krwi w krzywicy** (z pokazem preparatów drobnowidowych). (Wydrukowane w »Medycynie i Kronice lekarskiej« 1912).

Dyskusya: Dr L. Jastrzębski: Według badań prelegenta w 23 przypadkach w formułce leukocytowej przeważają leukocyty wielojądrzaste; ponieważ w pierwszym roku życia spostrzegamy 50—60% limfocytów, więc zjawisko to we krwi chorych na krzywicę trzeba bardzo zaznaczyć jako cechujące. — Prelegent zaznacza, iż omawiając swoje wyniki podkreślił, że w jego przypadkach górują ciałka wielojądrzaste. — Prof. Zaleski zapytuje, czy nie było jednego chociaż przypadku bez zmian w szpiku kostnym. — Prelegent: Tego nie twierdzę, a powtóre przy sekcyach na to niestety uwagi nie zwracano, przypuszczam jednak, że wielkiego podrażnienia szpiku kostnego chyba niema. — Prof. Ziemacki porównuje chorych na krzywicę z rośliną, która rośnie bez dostępu światła i powietrza, i w dalszym ciągu rozpatruje sprawę z punktu widzenia chemicznego, twierdząc, że krzywica jest chorobą chemiczną tkanki krwistej. — Prelegent: Sprawy etyologii krzywicy nie poruszałem, lecz mojem zdaniem wszystkie przypadki tłómaczyć brakiem światła, złymi warunkami higienicznymi nie można, albowiem często spostrzega się krzywicę u dzieci w domach zamożnych, gdzie mają miejsce i światło i odżywianie i wszelkie warunki higieniczne. Etyologia krzywicy dotąd nie jest wyjaśniona i przedstawia się jako dość złożona. — Prof. Zaleski zwraca uwagę, iż terapia obecnie przekłada połączenia organiczne, tak samo co do wapnia. — Dr L. Jastrzębski zapytuje, czy w przypadku z eozynofilią nie spostrzegał prelegent jednocześnie objawów skłonności do wysięków, albowiem w takich razach objaw ów występuje.

Prof. Ziemacki przytacza przypadek krzywicy, czy zmięknienia kości, który przed 12 laty spostrzegał u dorosłej panny, w wieku lat 22. Córka obywatela, bardzo zamożna osoba, przebyła dziecięciem bardzo ciężką krzywicę, która jednak do 16. roku życia, kiedy mówca widział chorą z powodu innej chwilowej choroby, żadnych śladów nie pozostawiła. W 6 lat później przywieziono chorą ze wsi w stanie bardzo ciężkim. Dostała silnych bolów głowy i zauważyła zmięknienie kości czołowej od kilku tygodni. W oczach mówcy (przypadek ten mówca spostrzegał z Dr Stiepanowem) zmięknienie kości czaszkowych posunęło się bardzo szybko. Chora nie mogła dźwignąć głowy, leżała bezwładna, przyczem objętość czaszki w ciągu 4 tygodni powiększyła się o 2 cm i kości czaszki zmiękły do takiego stopnia, że czaszka zmieniała formę, spłaszczając się na dolnej powierzchni przy zmianie położenia w łóżku z boku na bok. Ogólny kształt głowy przypominał wodogłowie w bardzo silnym stopniu. Oddechowe tętnienie mózgu było widoczne na całej czaszce. Apetyt niezły. Czynności narządów trawienia bardzo dobre. Nerki prawidłowe. Przy wzrastającem osłabieniu fizycznem, przy zupełnej przytomności umysłu nastąpił nagle napad drgawek padaczkowych i w głębokiej śpiączce śmierć wskutek porażenia ośrodka oddechowego. Tętno było wyczuwalne we 2 minuty po ustaniu oddechu.

Prelegent daje wyjaśnienia w sprawie preparatów drobnowidowych, przez siebie przedstawionych.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa podziękowanie prelegentowi za poważny i ściśle naukowy odczyt.

II. Dr M. Michałowicz: **O mylnem uzależnianiu gorączki od sprawy gruźliczej u odżywianych forsownie dzieci gruźliczych.** Prelegent po przeglądzie odpowiedniego piśmiennictwa przytoczył szereg przypadków, w których gorączka nieomylnie zależała od forsownego i nieodpowiedniego odżywiania i drogą zestawień doszedł do wniosku, że forsowne odżywianie dzieci gruźliczych jest błędem.

Dyskusya: Dr Ostrowski podnosi znaczenie podobnych spostrzeżeń. — Prof. Zaleski i prof. Ziemacki proponują, aby ten odczyt został powtórzony jeszcze w szerszem kole słuchaczy, gdzie mogłyby być słuchaczkami i matki.— Dr Hattowski. Dzieci mają swoją miarę jedzenia. Jeżeli dać dziecku swobodę, dziecko zje tylko tyle, ile może.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi i proponuje, by prelegent powtórzył swój odczyt w szerszem kole słuchaczy na posiedzeniu ogólnem.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Odczytano życiorys nowo podanej na członka »Związku« Dra Zofii Sadowskiej. 2) Prof. Ziemacki przedstawia spis lekarzy, którzy przyjęli udział w pomocy lekarskiej dla uczącej się młodzieży w Petersburgu, dodając, iż wydrukowanie kosztowało 100 rb. Kwotę tę zaofiarował Dr Bolesław Chabłowski. Uchwalono wyrazić podziękowanie ofiarodawcy. 3) Podano do wiadomości, iż upłynęło 50 lat pracy zawodowej lekarskiej członka »Związku« Dr Bolesława Skargi. Przyjaciel jubilata p. Nowakowski podał bliższe wiadomości z przebiegu jego życia, które wręczono sekretarzowi administr. Dr Wilamowskiemu. 4) Prof. Zaleski podaje, że w lecie r. b. upłynęło 50 lat pracy Dra Edwarda Karnickiego.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w dniu 28. marca b. r. lekarz naczelny miasta Dr Janiszewski przedstawił stan chorób zakaźnych w mieście i zwrócił uwagę na kilkanaście przypadków ospy prawdziwej w powiecie krakowskim, w Prądniku Czerwonym na granicy Krakowa, oraz na niebezpieczeństwo zawleczenia tej choroby do miasta. Po wyczerpującem sprawozdaniu o szczepieniu ochronnem i innych zarządzeniach zapobiegawczych Komisya sanitarna uchwaliła jednomyślnie wnioski: 1) Prof. O. Bujwida: »Komisya sanitarna zauważa, że jak najspieszniejsze załatwienie sprawy budowy zakładów sanitarnych jest rzeczą niecierpiącą zwłoki, ponieważ wobec złego stanu obecnych budynków, oraz wobec zwinięcia oddziału chorób zakaźnych w klinice chorób wewnętrznych, grozić może miastu poważne niebezpieczeństwo«; 2) Prof. Browicza, aby przedłożyć na ręce prezesa Koła polskiego, Dra Lea, memoryał w sprawie ustawowego uregulowania sprawy szczepienia ospy. Następnie wydano opinię w sprawie utworzenia nowych aptek i drogueryi. Oświadczono się przeciwko otwieraniu nowych aptek i drogueryi ze względu na to, że Kraków posiada już obecnie 24 aptek i 12 drogueryi.

— W maju r. b. obchodzić będzie Wszechnica lwowska 250 rocznicę założenia. Z tego powodu osobny komitet rozesłał do wszystkich doktorów uniwersytetu lwowskiego pismo, wzy-

wające do składek (najmniej 10 koron) na ozdobienie auli uniwersytetu portretem króla Jana Kazimierza, fundatora tej wszechnicy. Wszystkim rozesłano czeki. O ileby ktoś skutkiem braku adresu nie otrzymał czeku pocztowego, zechce przeznaczoną na ten cel kwotę wysłać pod adresem skarbnika Dr Ernesta Adama (Lwów, »Galicyjski Bank kredytowy ziemski«, ul. Trzeciego Maja l. 3).

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt »Przyjaciela zdrowia«, organu lwowskiego Towarzystwa higienicznego, poświęconego higienie ludu i wsi, a dodawanego bezpłatnie do »Przewodnika kółek rolniczych«. Komitet redakcyjny tworzą: Dr S. Bernadzikowski (szef departamentu sanitarnego Wydziału krajowego), M. Dalkiewicz, Prof. Dr M. Grabowski, Dr B. Kaczorowski (redaktor odpowiedzialny), J. Kasparek, A. Kuhn, S. Mikołajski, J. Opieński, Prof. Dr Panek i Doc. Dr Szumowski. W pierwszym zeszycie nowego miesięcznika znajdują się krótkie, popularnie napisane artykuły »O psuciu się pokarmów« (Prof. Panka), »Skąd biorą się choroby zaraźliwe?« (Dr Opieńskiego), »Jak straszną klęskę wyrządzają suchoty« (Dr Mikołajskiego) i obfity dział rozmaitości.

Pismu, tak potrzebnemu w naszych warunkach, składamy najszczersze życzenia rozwoju i powodzenia w podjętej pracy.

— O śmiertelności dzieci i sposobach jej zmniejszenia ogłasza Dr Walery Momidłowski artykuł bardzo godny uwagi w »Głosie lekarzy« (Nr 6 i 7). Wykazawszy, że w śmiertelności ludności galicyjskiej wielkie znaczenie mają choroby wieku dziecięcego, zwłaszcza zakaźne, podaje Dr Momidłowski następujące środki zaradcze: Pouczanie ludu o pielęgnowaniu niemowląt, przedewszystkiem przez położne, które w tym kierunku powinny być umyślnie kształcone; ustanowienie posługaczy sanitarnych (zgodnie z wnioskiem ankiety w sprawie chorób zakaźnych z r. 1909), co w naszych warunkach miałoby szczególną doniosłość; nadzór sanitarny nad mlekiem; uzupełnienie organizacyi okręgów sanitarnych z równoczesnem staraniem się, aby utworzone posady lekarzy okręgowych były istotnie obsadzone (poprawa płac); cofnięcie co do dzieci zakazu ambulatoryjnego leczenia w szpitalach prowincyonalnych.

— Dyplom doktorski uzyskali w Krakowie p. Jan Karol Glatzel rodem z Rzeszowa, Stefan Józef Pizło rodem z Sanoka i Aleksander Wiktorczyk rodem ze Stryja.

— Park gier i zabaw ruchowych w Krakowie założyło Towarzystwo sportowe »Cracovia« na 12-morgowym terenie, wydzierżawionym na ten cel na Błoniach od konwentu Norbertanek. W parku urządzono szereg boisk, zbudowanych najnowszym systemem, dla różnych gier sportowych i zabaw ruchowych.

— Oddawna agitujący przeciw szczepieniu X. W. Pixa rozrzucił w Krakowie w dniach ostatnich znowu mnóstwo swych broszur. Odpowiednie władze powinnyby położyć kres tej szkodliwej, szczególnie obecnie, robocie.

Z różnych stron. Austryacka Izba Panów uchwaliła projekt ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, oraz rezolucyę, by rząd popierał prace asanacyjne i by przedstawił projekt ustawy o szczepieniu ospy.

— Na przyszłorocznym międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Londynie (6—12 sierpnia 1913) wykładać będą na posiedzeniach ogólnych: Prof. Chauffard (z zakresu medycyny wewnętrznej), Prof. Cushing (z zakresu chirurgii), Prof. Ehrlich (z zakresu patologii). Ustalono już także główne tematy obrad w 22 sekcyach Zjazdu, do których przybędzie może jeszcze sekcya historyi medycyny. Adres biura Zjazdu: London, 13 Hinde Street W.

— Radca Dr Franciszek Chłapowski z Poznania ordynować będzie w r. b. jak zwykle w Kissingen.

Mianowani: Dr Lesieur profesorem ogólnej patologii i terapii w Lyonie.

Zmarli: Dr Stanisław Miszewski, ordynator warszawskiego szpitala dla dzieci, w Leysin w Szwajcaryi w 39 r. ż.; Dr Marceli Zański, lekarz szpitala w Mławie, w 76 r. ż.; Dr Karol Zagrodzki, przez lat 30 lekarz szpitala w Nowoczerkasku, w 60 r. ż. w Częstochowie.

Sprostowanie. W Nrze 12 »Przeglądu lek.« str. 220 szpalta 2, wiersz 7 od dołu i nast. czytaj: »Prawidłowo słyszymy strojnik lepiej drogą powietrza, aniżeli drogą kości przystawiony za uchem«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1912.

Gazeta lekarska Nr 9—13. Puławski: Choroba Brighta. Dwukrotna operacya Edebohlsa. Objawy choroby Basedowa w końcu życia (9). — Dębiński (dok. 9). — Hertz: W sprawie marskości wątroby pochodzenia gruźliczego (10). — Bączkiewicz: Ambulatorya dla dzieci w świetle liczb (10—12). — Kijewski: Józef Lister (11). — Gębarski: Dwa przypadki żołądka klepsydrowatego (11—12). — Zembrzuski: Przypadek tęcza przyrannego, leczony wstrzykiwaniami podskórnemi kwasu karbolowego z zejściem pomyślnem (12). — Klejn: Lymphogranulomatosis (13).

Medycyna i Kronika lek. Nr 10—14. Biehler Matylda: O stanie dziecięcym (infantilismus) (10—11).— Wejnert: O przypadkach z niezwykle wysokim stopniem kwaśności miazgi po-

karmowej w żołądku (10). — Dehnel: Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu Dąbrowskiem (10). — Goldberg i Hertz: Wydzielanie chlorków w moczówce prostej i wpływ na nie dwuwęglanu sodu (11—12). — Mutermilch: O zjawisku rozszczepiania dopełniacza (11). — Piotrowski: O wartości rozpoznawczej niektórych różniczkowych metod barwienia prątków mastkowych i laseczników gruźliczych w moczu ludzkim (12). — E. Bruner: Przyczynek do kazuistyki wrzodów wenerycznych pozapłciowych (13—14). — Giedgowd: Kilka danych o wpływie przewlekłego nieżytu kiszek i wrodzonego przymiotu na wagę płuc u dzieci (13).

Tygodnik lek. Nr 10—13. Zubrzycki: O oddziaływaniu rozmaitych rozczynów wyskoku na surowicę krwi kobiet ciężarnych, położnic i płodów (10). — Klarfeld (c. d.). — Lenartowicz: Działanie uboczne salwarsanu (11—12). — Skórczewski i Sohn: W sprawie działania atofanu na przemianę materyi (13).— Grossek: Kanapa do badania chorych (13).

Nowiny lekarskie Nr 3. Stanisław Szuman: O postaci psychozy maniakalno-depresyjnej z paranoidnym odcieniem. — St. Łazarewicz: O komórkach plazmatycznych w ginekologii. — Kraszewski: Cukry w wydzielinach ludzkich.

Przegląd chirurgiczny i ginekol. Tom VI., Zesz. 2. Sawicki: Wypełnienie jam w kościach płatami mięśniowymi. — Pietkiewicz: Wady wrodzone układu moczowego u kobiet. — Czarkowski: Leczenie chirurgiczne ropniaków jajowodów, powikłanych przetokami do kiszek i pęcherza moczowego, lub zwężeniem kiszek. — Szpanbok: Budowa i działanie przyrządu mechanopneumatycznego dla uruchomienia stawów kolanowego i łokciowego.

Przegląd chorób skórnych i wen. Nr 11—12 (1911). Sonenberg: Przypadek dziedzicznego syfilisu w drugiem pokoleniu.— Malinowski: O leczeniu syfilisu zapomocą salwarsanu. Sprawozdanie III. — Serkowski (c. d.).

Postęp okulistyczny Nr 2. Rumszewicz: O potworniakach oczodołu. — Jarnatowski: Mięsak limfatyczny mięska łzowego.

Zdrowie Z. 3. Ciechanowski: Zapiski z kolonii wakacyjnej w Porębie wielkiej. — Michałowicz (dok.). — Inż. Dudrewicz (dok.). — Zawadzki J.: Miasta nasze w świetle ankiety.

Przegląd higieniczny Nr 3—4. Inż. Mołczański: Przyczynek do sprawy walki z gruźlicą we Lwowie. — Ogórek-Pankowa: Higiena snu.

Kronika dentystyczna Nr 3—4. Zilz: Znaczenie spróchniałych zębów w etyologii gruźlicy. — Zawidzki (c. d.).

Głos lekarzy Nr 5—7. W obronie starszych lekarzy prowincyonalnych. — Sprawa Morszyna. — Dla zdrowia ludu. — J. O.: Sprawozdanie z dorocznego Zjazdu »Związku lekarzy rządowych w Galicyi«. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi. — Leczenie osób wojskowych przez lekarzy cywilnych. — Momidłowski: O śmiertelności dzieci i sposobach jej zmniejszenia. — Ankieta w sprawie świadectw i orzeczeń lekarzy szpitalnych dla celów pozaszpitalnych. — Mikołajski: 1) Do lekarzy kas chorych. 2) Odczyty Dr Ochorowicza o medyumizmie.

Słowo lekarskie Nr 4—6. Walne Zgromadzenie Kraj. Związku lekarzy. — Cień Jordana. — Wiec lekarzy krakowskich w sprawie wyborów do Izby. — Bezpłatne ambulatorya dla biednych. — Kasy chorych Galicyi i Bukowiny w r. 1910 w oświetleniu cyfr. — Lekarska tajemnica zawodowa i małżeństwo. — W sprawie świadectw sądowo-lekarskich. — Grzybowski: Ruchome Towarzystwo lekarskie. — Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi w roku 1910/1911. — »Poprawa« bytu pomocniczych lekarzy krajowych szpitali w Krakowie i Lwowie. — Dr Leon Luster: Źródło naszej nędzy. — W sprawie wyborów i ordynacyi wyborczej do Izby lekarskiej zachodniogalicyjskiej. — W sprawie projektu ustawy o przemyśle techników dentystycznych. — Krakowskie Ochotnicze Tow. Ratunkowe. XXI. sprawozdanie z czynności w r. 1911. — W sprawie lekarskiej tajemnicy zawodowej a małżeństwa. — W sprawie ruchomego Towarzystwa lekarskiego.

Nasze Zdroje Nr 5—6. N. Z.: O krzywdę zdrojowisk (5).— Romer: O klimatologii zdrojowisk (5—6). — Turzański: Balneoterapia w świetle obecnej nauki lekarskiej z uwzględnieniem działania wód Iwonickich (5—6). — Uwagi i wskazania pose-

zonowe (5—6). — K. W. Zdrojowisko pod wpływem wskazań naukowych (Druskieniki) (5). — Kubik: Pod groźbą upadku Zakopanego (5). — O losy Burkutu-Zdroju. (6). — M. M.: Ogród — miasto na Sławinku w Królestwie Polskiem. (6).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol. Utrzymanie zdolności zarobkowania przy leczeniu schorzeń gośćcowych. Dr Hirschberg. Berlin-Fichtenau. (Fortschritte der Medizin Nr 6. 1912).

Chorobę skrócić i chorego jak najprędzej doprowadzić do zdrowia i uczynić go zdolnym do pracy, aby powstrzymać zmiany w zajętych stawach i zapobiedz nawrotom, stanowić musi właśnie przy prognostycznie pod tym względem niepocieszającym gośćcu stawowym i mięśniowym od początku główny punkt widzenia celowego leczenia. Tu właśnie przedstawił się autorowi pyrenol na podstawie kilkoletniego doświadczenia jako ów wszelkim wymaganiom odpowiadający środek przeciwgośćcowy »także w takich przypadkach, gdzie kilkotygodniowe leczenie innymi przetworami salicylowymi zawiodło«. Wybitne działanie przeciwgośćcowe i przeciw nerwobólom, brak wszelkich szkodliwych działań ubocznych, brak uciążliwego działania napotnego, szczególnie przy leczeniu chorych ambulatoryjnych stanowią szczególne zalety tego, przez wielostronność w stosowaniu (środek wykrztuśny, uspokajający) także w innych dziedzinach cenionego leku. Kilka przypadków charakterystycznych ostrego gośćca stawowego (najpierw co 2 godziny 0,5 gr., później 4 razy dziennie 1 kołaczyk à 0,5 gr. pyrenolu), podostrego gośćca stawowego (5 × dziennie 0,5 pyrenolu), przewlekłego gośćca stawowego (4 × dz. 0,5 gr.), gośćca mięśniowego (gośćcowy kurcz karku (3—4 × dz. 1 gr. pyrenolu) zostają szczegółowo omówione, aby z wielkiej liczby innych przypadków uzyskane zapatrywanie uzasadnić jako usprawiedliwione,« że leczenie takich chorych pyrenolem zajmuje nadzwyczaj krótki czas, jakoteż że z drugiej strony wyniki lecznicze były trwałe. Brak nawrotów poczęści przy spostrzeganiu już 2 letniem!«

Na zdolność zarobkowania chorych na gościec stawowy i mięśniowy przedewszystkiem jeszcze przez to szczególnie korzystnie się wpływa, że wogóle po częstszych napadach gośćca stawowego i mięśniowego pozostające zmiany przy leczeniu pyrenolem rzadko występują. Serce i żołądek nawet przy największych dawkach nie doznają niekorzystnego wpływu.

Pyrenol koi wyśmienicie ból przy wszelkich postaciach gośćca, skróca przebieg choroby i działa nawet tam, gdzie zawodzą inne środki przeciwgośćcowe.

Hr. W.

Rok LI. Kraków, dnia 13. kwietnia 1912. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



DR JÓZEF MERUNOWICZ



Z głębokim żalem przychodzi nam pożegnać na zawsze znakomitego pracownika na polu zdrowia publicznego, spraw higienicznych naszych pierwszorzędnego znawcę i gorliwego opiekuna, który niemi kierował niemal ćwierć wieku i któremu w pierwszym rzędzie zawdzięcza Galicya ogromny postęp swój, w tem ćwierćwieczu na polu sanitarnem dokonany. Śmierć zabiera go społeczeństwu przedwcześnie, gdy mógł był przez szereg jeszcze lat dzielnie i pożytecznie służyć krajowi. Prawie nagle przed kilkunastu miesiącami objawiła się groźna choroba, zdawna w ukryciu przygotowana wytężającą pracą na trudnem i odpowiedzialnem stanowisku naczelnika całej administracyi sanitarnej galicyjskiej.

Działalności na niwie higieny publicznej poświęcił się ś. p. Józef Merunowicz nie odrazu. Urodzony w Czerniowcach w r. 1849, przeszedłszy szkoły średnie we Lwowie i w Drohobyczu, uzyskawszy dyplom doktorski na Wszechnicy krakowskiej w r. 1873, pracował zrazu w zakresie medycyny wewnętrznej, jako asystent kliniki, która w tym czasie przeszła w ręce Edwarda Korczyńskiego. Młodego a wybitnie uzdolnionego lekarza pociągał wówczas kierunek naukowy; w tym już czasie ogłosił ś. p. Merunowicz kilka rozpraw, stanowiących piękny zadatek dalszej działalności piśmienniczej. Wnet też, uzyskawszy stypendyum cesarskie, udaje się na studya zagranicę, gdzie półtora roku pracuje w Lipsku pod kierunkiem znakomitego Ludwiga. Owocem tej pracy jest kilka rozpraw z zakresu farmakologii doświadczalnej, które zdawały się przed młodym badaczem otwierać drogę do habilitacyi na uniwersytecie w Krakowie, dokąd powrócił w r. 1875.

W następnym roku jednak wszedł ś. p. Merunowicz na inny tor pracy. Po krótkim okresie praktycznej działalności lekarskiej w Stanisławowie, przyjął już w r. 1878 na propozycyę dawnego swego profesora, a ówczesnego protomedyka, dr. Biesiadeckiego, stanowisko lekarza rządowego, jako koncepista sanitarny, a wybiwszy się dzięki swym zdolnościom, gruntownej wiedzy i pracowitości szybko na pierwszy plan, powołany został w r. 1889 po śmierci prof. Biesiadeckiego na stanowisko naczelne, protomedyka Galicyi, noszącego urzędowy tytuł krajowego referenta sanitarnego.

Zasług ś. p. Merunowicza na tym niezmiernie ważnym posterunku dziś jeszcze w całej pełni przedstawić niepodobna. Miarę ich tylko poniekąd daje ogromny odstęp, jaki pod względem sanitarno-higienicznym dzieli Galicyę dzisiejszą od Galicyi z przed lat trzydziestu. Taki postęp nie jest oczywiście i nie może być dziełem jednego tylko człowieka; jestto skutek pracy wielu ludzi i działania różnych przyczyn. Ale niewątpliwie pomysłowość, wiedza, energia, zdolność organizacyjna i wytrwałość głównego kierownictwa były tu czynnikiem wagi pierwszorzędnej. Wszystkie te przymioty posiadał ś. p. Merunowicz w stopniu wysokim, łącząc je z wielką rozwagą i trafną oceną, co i jak w naszych warunkach da się wykonać; a te niepospolite swoje przymioty oddawał niepodzielnie służbie publicznej, którą pojmował nietylko, jako obowiązek swego urzędu, ale jako zadanie swego życia. Już złożony ciężką i dolegliwą chorobą, rwał się do umiłowanych zajęć i przy każdem polepszeniu powracał do pracy, nie oglądając się na szkodę dla swego zdrowia. Rozległy zakres jego osobistego wpływu na rozwój i postęp sanitarny kraju wyświetli dopiero przyszły historyk, gdy otworzą się dla badań archiwa i gdy z mnogich sprawozdań, wniosków i rozporządzeń odbudują się wszystkie starania, dążenia, działania i czyny.

Sama już czynna, praktyczna działalność zapisze imię ś. p. Merunowicza trwale w dziejach rozwoju sanitarnego Galicyi i jest ogromną Jego zasługą. Gdyby się nawet tylko do niej był ograniczył, miałby prawo do wdzięczności potomnych, bo wszak »virtutis laus omnis in actione consistit.«

Ale ś. p. Merunowicz obok tego nie ustawał pracować piśmienniczo. Rozmiar pracy Jego na tem polu odzwierciedla się nietylko w ilości pozostawionych rozpraw, ale także, i to przedewszystkiem, w bogactwie zebranego w nich materyału, którego zgromadzenie i opracowanie, jak w każdej pracy, posługującej się rozległemi statystykami, pochłania mnóstwo czasu i trudu i należy do zadań najżmudniejszych. Wartość pozostawionych w tym zakresie prac ś. p. Merunowicza, zwłaszcza »Sprawozdań Rady zdrowia«, jest trwałą i stanowić one będą zawsze pierwszorzędne źródło i podstawę do wszelkich dalszych opracowań.

Lekarze galicyjscy zaciągnęli wobec ś. p. Merunowicza wieczny dług wdzięczności. Jako wieloletni prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich rozwinął je z małych początków do rozmiarów potężnej instytucyi, rozporządzającej przeszło półmilionowym funduszem dla wdów i sierót po lekarzach; przez długie lata umiał ś. p. Merunowicz skupiać koło siebie całe Towarzystwo w zwarty hufiec, jednać mu członków i przyjaciół; On-to głównie sprawił, że Towarzystwo zjednoczyło grona lekarskie ze wszystkich części kraju, koronując tę swą działalność połączeniem się przed paru laty z Towarzystwem lekarskiem krakowskiem.

Wdzięczność za szczerze koleżeńską troskę o los wdów i sierót wyraziła się ze strony lekarzy całego kraju w mianowaniu ś. p. Merunowicza członkiem honorowym Towarzystw lekarskich: galicyjskiego, krakowskiego i lwowskiego. Uznanie dla skutecznej pracy na polu publicznem wyraziło się ze strony rządu w nadaniu mu orderu Żelaznej korony III. klasy (w r. 1893), tytułu (1901), a później i rangi radcy dworu (1910), oraz dyplomu najwyższego uznania cesarskiego (1905).

»Przegląd lekarski« traci w ś. p. Merunowiczu jednego z najdawniejszych swych, wiernych współpracowników, którego prace były przez długi szereg lat ozdobą i chlubą naszych roczników; traci prawdziwego, wypróbowanego i niezastąpionego przyjaciela.

Głęboka prawość, stanowczość nieznająca kompromisów, gdzie szło o dobro publiczne, usposobienie zrównoważone, pogoda umysłu, zachowywana nawet wśród przeciwności i trosk, których nie szczędziło Mu życie, wysoki takt, szczera koleżeńskość jednały ś. p. Merunowiczowi powszechny mir i głęboki szacunek i cześć, jako człowiekowi.

Prace ogłoszone drukiem: 1) Zrost obu blaszek osierdzia jako przyczyna niedomykalności zastawki dwukończystej. Przegląd lek. 1874. 2) Porażenie odnóg po nagłem otruciu arsenem; skuteczność prądu przerywanego. 1874. Tamże 3) Tętniak wklęsłości łuku aorty (z Korczyńskim). Tamże. 1874. 4) Trzy przypadki zapalenia ochrząstnej chrząstek krtaniowych. Tamże. 1874. 5) Złośliwe zapalenie okostnej przebiegające z objawami duru, bez widocznych przypadków miejscowych. 1874. Tamże. 6) O wpływie środków, wzniecających silny ruch robaczkowy jelit, na wydzielanie limfy. Rozprawy i sprawozdania Wydziału mat. przyrodn.

Akademii Umiejętności w Krakowie. Tom III. 1876. 7) Über die chemischen Bedingungen für die Entstehung des Herzschlages. Berichte der k. sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften. 1875. 8) O chemicznych warunkach powstawania ruchów serca. Przegl. lek. 1876. 9) O fizyologicznem działaniu naparstnicy czerwonej. Tamże. 1877. 10) O chemicznych warunkach ruchów serca. Tamze. 1880. 11) Czwarty wiec del. austr. Tow. lek. Tamże. 1880. 12) Pogląd na śmiertelność większych miast Galicyi w r. 1879 i 1880. Tamże 1881. 13) i 14) Śmiertelność w większych miastach Galicyi w r 1881 i 1882. Tamże 1882—1883. 15 do 19) Sprawozdania z przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w r. 1878—1879, 1880, 1885, 1886, 1887. Tamże 1879—1887. 20) Pogląd na śmiertelność w Galicyi w pięciu latach 1878—1882. Zdrowie 1885. 21) Krajowe uzdrowiska klimatyczne w Galicyi wschodniej. Przegl. lek. 1881. 22) O epidemiach tyfusu w Galicyi w ostatnich latach. Tamże. 1887. 23) O wolu endemicznem i jego związku z głuchoniemotą i kretynizmem. Tamże. 1885. 24) Epidemie dysenteryi w Galicyi w ostatnich latach. Zdrowie 1888. 25) Pogląd na postępy w sprawach zdrowia w Galicyi w ostatnich trzech latach. Zdrowie. 1891. 26) Epidemia duru brzusznego we Lwowie w r. 1893. Przegląd. lek. 1894. 27) W sprawie lekarzy okręgowych. Tamże 1898. 28) Statystyka gruźlicy w Galicyi. IX. Zjazd lekarzy i przyr. polskich 1900. 29) Sprawa międzynarodowego zjazdu dla zwalczania pijaństwa. Tamże. 30) W sprawie zwalczania chorób syfilitycznych i wenerycznych w powiatach kosowskim i nadworniańskim. Przegl. lek. 1902. 31) Ogólny pogląd na obecny stan śmiertelności niemowląt. X. Zjazd lek. i przyr. polskich. 1907. 32) O tyfusie brzusznym. Tyg. lek. 1908. 33—52) Sprawozdania c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi (od r. 1885 do 1907). (Oprócz tego liczne artykuły w sprawach zdrowia publicznego, ogłaszane bezimiennie, głównie w Przeglądzie lekarskim).

Stanisław Ciechanowski.

O cięciu brzusznem poprzecznem
(sposobem Pfannenstiela)

podał*)

Dr Czesław Stankiewicz (Warszawa).

Bodźcem do zastosowania cięcia brzusznego poprzecznego było z jednej strony częste występowanie przepukliny po cięciu brzusznem podłużnem, z drugiej — względy natury kosmetycznej.

Rozróżniamy trzy rodzaje cięcia brzusznego poprzecznego:

1) cięcie łukowate podług Bardenheuera, polegające na przecięciu w jednej powierzchni wszystkich warstw ściany brzusznej,

2) cięcie Küstnera, które zasadza się na poprzecznem przecięciu skóry, gdy powięź i otrzewnę przecina się podłużnie,

wreszcie 3) cięcie sposobem Pfannenstiela, stanowiące temat dzisiejszego przemówienia.

Technika cięcia Pfannenstiela, jakiej się trzymamy, jest w ogólnych zarysach następująca. Cięcie skórne ponad spojeniem łonowem (ryc. 1), mniej lub więcej długie zależnie od przypadku, nieco łukowate, wklęsłością zwrócone ku górze; przecięcie luźnej tkanki podskórnej. Cięcie powięzi poprzeczne, o 2—3 cm wyżej od cięcia skórnego. Oddzielenie powięzi od mięśni prostych brzucha i mięśni stożkowatych na tępo, końcem zamkniętych nożyczek, w smudze zaś białej na ostro, nożem lub nożyczkami. Rozdzielenie mięśni prostych brzucha w linii pośrodkowej, w końcu otwarcie jamy otrzewnej w kierunku podłużnym. — Przy szyciu rany, w ten sposób powstałej, trzymamy się szwu czteropiętrowego, podług zasad następujących. Otrzewnę zeszywamy katgutem, stosując szew ciągły. Drugie piętro stanowią szwy katgutowe węzełkowe, którymi zespalamy mięśnie proste i stożkowate. Powięź zeszywamy szwem katgutowym ciągłym, przekładanym. Wreszcie brzegi rany skórnej łączymy zapomocą trzech szwów silkowych, pomiędzy którymi nakładamy płytki Michela.

By zapobiedz powstawaniu krwiaków pomiędzy powięzią a warstwą mięśni brzusznych, do czego przy cięciu Pfannenstiela stwarzamy warunki nader podatne, przy końcu operacyi napełniamy pęcherz moczowy rozczynem kwasu borowego (250—300 cm^3), jak to podał Pfannenstiel, tudzież uciskamy podbrzusze przez nałożenie worka z piaskiem (Döderlein), wagi 1—2 funt., który zdejmujemy po upływie 48 godzin. Opatrunek zmieniamy po raz pierwszy szóstego dnia po operacyi, zdejmując jednocześnie płytki Michela. Szwy skórne usuwamy ósmego dnia, pozostawiając je dłużej tylko w razach wyjątkowych, jak np. przy kaszlu.

Przebieg gojenia się rany brzusznej po cięciu Pfannenstiela nie pozostawia zazwyczaj nic do życzenia. Chore



Ryc. 1. (podług J. L. Faurea).

Cięcie brzuszne poprzeczne nizkie i wysokie. To drugie przez nas nie stosowane.

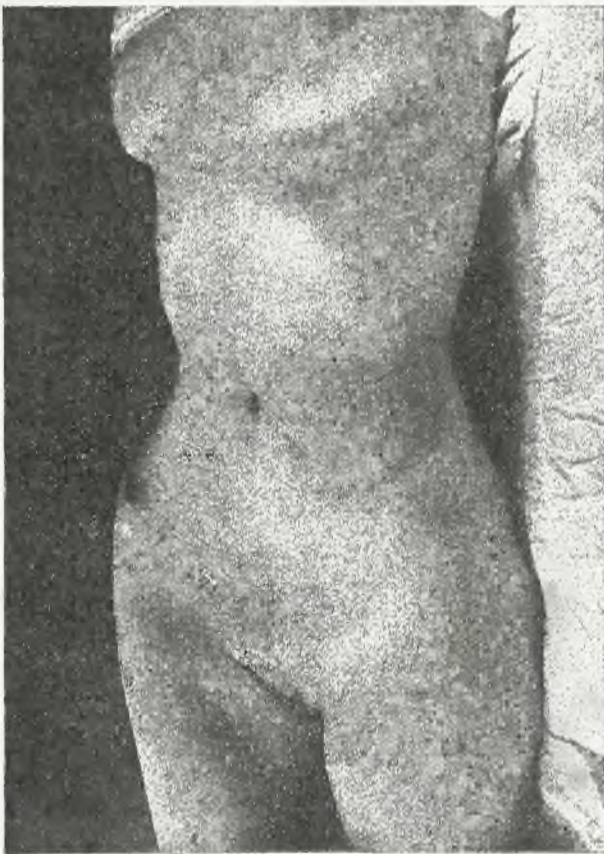
*) Wykład w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich w Krakowie.

opuszczają łóżko 12—15. dnia, zależnie od rodzaju zabiegu śródotrzewnego lub też kombinacyi tego zabiegu z zabiegiem pochwowym. Zaznaczyć musimy, iż przebieg pooperacyjny jest w danym razie na ogół łagodniejszy, niżeli po cięciu podłużnem, a w niektórych przypadkach brak wszelkiego odczynu ze strony otrzewnej bywa tak wybitny, jak to widzimy jedynie po zabiegach pochwowo-brzusznych. Przyczyny tego zjawiska szukać należy w usadowieniu cięcia poprzecznego, które, zdaniem naszem, powinno być prowadzone na ogół nizko, o 2—3—4 cm ponad spojeniem łonowem. Rzecz oczywista, iż w tym przypadku otrzewna tak ścienna, jak i trzewna, na małej tylko przestrzeni podlega wpływom mechanicznym i termicznym, z czem idzie w parze łagodny odczyn pooperacyjny.

Cięcie Pfannenstiela nie nadaje się bynajmniej, jakby wolno było przypuszczać, do każdego bez wyjątku przypadku. Doświadczenie osobiste, oparte na 120 przypadkach, pouczyło nas w tej mierze dostatecznie. Zdaniem naszem, cięcie poprzeczne jest przeciwwskazane we wszystkich tych razach, gdzie z góry można przewidzieć, iż zabieg śródotrzewny będzie niełatwy, długotrwały. Jakkolwiek bowiem i najtrudniejsze zabiegi, co widać z poniżej załączonej tablicy (ryc. 2), dadzą się tą drogą wykonać, to jednak już samo szycie ściany brzusznej, jako względnie trudne, zbytecznie przedłuża operacyę. Cięcie Pfannenstiela jest również przeciwwskazane we wszystkich przypadkach, gdzie na podstawie badania klinicznego i ścisłej obserwacyi możemy przypuszczać w jamie brzusznej lub jej narządach obecność ropy: gojenie się doraźne rany brzusznej byłoby tu łatwo na szwank wystawione. Nakoniec do cięcia brzusznego sposobem Pfannenstiela nie są, zdaniem naszem, odpowiednie przypadki większych guzów (włókniaki, torbiele), jeśliby nawet sam zabieg śródotrzewny nie przedstawiał trudności technicznych. W przypadkach tej kategoryi za konieczny uważamy dobry dostęp do pola operacyjnego, który każdej chwili, w miarę potrzeby, z łatwością możemy rozszerzyć: warunkom tym odpowiada jedynie i wyłącznie cięcie brzuszne podłużne.

Jakież tedy są wskazania do cięcia Pfannenstiela? Wielką rolę w wyborze odpowiednich przypadków odgrywa tu jakość powłok brzusznych. W pierwszej linii do cięcia poprzecznego nadają się chore o powłokach cienkich, zwiotczałych. Cięcie Pfannenstiela nie przedstawia w tych razach żadnych trudności dla operatora, dostęp do jamy brzusznej jest zazwyczaj doskonały, a prawdopodobieństwo wystąpienia przepukliny następczej, w przeciwieństwie do cięcia podłużnego, zgoła znikome.

Drugą grupę przypadków, w których cięcie Pfannenstiela znajduje wskazanie, stanowią chore o powłokach jędrnych, z niezbyt bogatą podściółką tłuszczową podskórną. U chorych tej kategoryi, zwłaszcza w młodszym wieku, do wyboru cięcia poprzecznego pobudzają nas często względy natury estetycznej, nie ulega bowiem wątpliwości, jak to zobaczymy dalej, iż tą drogą osiągnąć możemy wyniki najzupełniej zadowalające.



Ryc. 2.

Helena N. lat 21. Laparotomia transversa 30. V. 1911 (perisalpingooophoritis bil., peritonitis tbc. incipiens). Powłoki jędrne. Blizna w obrębie owłosienia. Fotografia na 14. dzień po operacyi.



Ryc. 3.

Rozalia W. lat 36. Laparotomia transversa 9. VI. 1911 (salpingooophoritis dextra, pelviperitonitis adhaesiva, appendicitis). Brzuch zwiotczały. Blizna w obrębie owłosienia. Siedemnasty dzień po operacyi.



Ryc. 4.

Katarzyna K., lat 46. Laparotomia transversa 12. IV. 1911 (panhysterectomia subtotalis, appendectomia). Powłoki brzuszne zwiotczałe. Cięcie w fałdzie skórnym powyżej owłosienia. Dwudziesty ósmy dzień po operacyi.



Ryc. 5.

Maryanna R. lat 28. Laparotomia transversa 3. V. 1911 (transplantatio lig. rotundorum). Powłoki grube, brzuch nieco obwisły. Cięcie w fałdzie skórnym. Siedem tygodni po operacyi.

Chore o powłokach grubych i wogóle otyłe nie nadają się do cięcia brzusznego sposobem Pfannenstiela. Cięcie podłużne, względnie mniej rozległe, daje w tych razach dostęp lepszy, łatwiejsze też jest znacznie szycie rany brzusznej. Wyjątek stanowią chore z brzuchem obwisłym, w tym bowiem przypadku cięcie poprzeczne, prowadzone w fałdzie skórnym, oddzielającym zwisającą część powłok od podbrzusza, napotyka ścianę brzuszną ścieńczałą.

Powiedzieliśmy wyżej, iż w pewnej liczbie przypadków cięcie Pfannenstiela znajduje zastosowanie między innemi ze względów estetycznych. Na tem miejscu pragniemy omówić bliżej, jakich zasad trzymać się należy, by cięcie nasze było istotnie pod względem kosmetycznym bez zarzutu. Twierdzenie Döderleina, że blizna poprzeczna w podbrzuszu nie ma skłonności do przemiany modzelowatej, rozszerzania się, nabierania barwy ciemnej u brunetek, nie sprawdziło się w naszych spostrzeżeniach, przy jędrnych powłokach brzusznych. Blizna poprzeczna, jak się okazuje, podlega tu prawom tym samym, co i blizna podłużna. W początkach zdarzało nam się widzieć blizny brzydkie, szerokie, modzelowate, mocno zabarwione. By osiągnąć wynik kosmetyczny, bliznę należy ukryć, w danym razie we włosach. Wypływa stąd ważna wskazówka: przy powłokach jędrnych, o ile chcemy, by blizna była niewidoczna, cięcie skórne powinniśmy prowadzić w obrębie owłosienia (ryc. 2). Zasada ta przy powłokach zwiotczałych nie ma znaczenia tak kategorycznego. I tu jednak, o ile mamy warunki podatne, wybierzemy cięcie w obrębie skóry owłosionej (ryc. 3), dla innych przypadków pozostawiając wybór cięcia w jednym z licznych w tym razie fałdów skórnych (ryc. 4). Wreszcie przy brzuchu obwisłym będziemy się stale trzymać linii fałdu skórnego (ryc. 5), bez względu na to, jak daleko sięga owłosienie, część bowiem powłok obwisła przykrywa bliznę doskonale. Miejsce przecięcia powięzi posiada również, zdaniem naszem, wpływ na wygląd estetyczny blizny brzusznej poprzecznej. Przecięcie to powinno być wykonane nie w linii cięcia skórnego, lecz o 2—3 cm wyżej. Inaczej zdarzyć się może, iż blizna będzie wciągnięta.

W jednym z naszych przypadków, gdzie nie zachowaliśmy powyższego prawidła, zmuszeni byliśmy, na kategoryczne żądanie chorej, do powtórnej interwencyi, polegającej na oddzieleniu zaciągniętej skóry od powięzi i ponownem zeszyciu rany skórnej.

Przy zachowaniu przytoczonych zasad prowadzenia cięcia skórnego i powięzi, otrzymujemy wyniki zgoła bez zarzutu, jak to widzimy na ryc. 6 i 7.

Przechodzimy do części szczegółowej naszego referatu, — rozejrzenia się w zebranym materyale i oceny osiągniętych wyników.

Cięcie Pfannenstiela stosujemy w praktyce od roku 1908. W okresie czasu od roku 1908 do połowy 1911 ogólna liczba naszych laparotomii w szpitalu i praktyce prywatnej wyniosła 407, w czem cięcie poprzeczne wykonano 124 razy. Procentowo cięcie poprzeczne stanowi 35% ogólnej liczby laparotomii.



Ryc. 6.

Feliksa K. lat 26. Laparotomia transversa 14. VI. 1910 (salpingectomia dextra, salpingooophorect. sin., ventrofixatio uteri). Powłoki jędrne. Wynik kosmetyczny bez zarzutu; blizna niewidoczna, całkowicie ukryta we włosach.



Ryc. 7.

Bronisława Chm. lat 22. Laparotomia transversa 14. X. 1910 (disscissio adhaesionum, salpingectomia dextra, operatio Wylie-Stankiewicz). Powłoki jędrne. Wynik kosmetyczny: blizna przykryta włosami, niewidoczna.

Liczby powyższe rozkładają się podług lat w sposób następujący:

Tablica I.

Rok	Cięcie poprzeczne	Cięcie podłużne	Razem
1908	19	48	67
1909	42	60	102
1910	35	105	140
1911	28	70	98
Razem	124	283	407

Z liczby ogólnej cięcia brzusznego poprzecznego na cięcie Pfannenstiela przypada 120 przypadków. W trzech spostrzeżeniach użyto cięcia sposobem Küstnera, w jednem wreszcie zastosowano cięcie poprzeczne przy operacyi przepukliny pępkowej.

Tablica II. przedstawia wykaz zabiegów operacyjnych, wykonanych drogą cięcia brzusznego sposobem Pfannenstiela w 120 przypadkach.

Tablica II.

Distorsio et discissio adhaesionum	66
Salpingooophorectomia unilat.	44
Salpingooophorectomia bil.	6
Salpingectomia	20
Oophorectomia et resectio part. ovarii	15
Operatio cystis ovar. et parovar.	5
Panhysterectomia subtotalis	13
w tem myoma uteri 4	
Panhysterectomia (adnexitis, pyosalpinx)	2
Enucleatio myomatum	1
Excisio cystis uteri	1
Salpingostomia	13
Transplantatio lig. rot. modo Matlakowski-Stankiewicz	36
Operatio Wylie, modif. Stankiewicz	20
Suspensio uteri m. Bumm	9
Suspensio uteri m. Chodakowski	1
Ventrofixatio	13
Sterilisatio	1
Uretherocystoanastomosis m. Sampson-Krönig	1
Appendectomia	18
Transplantatio ovariorum	2
Herniorrhaphia m. Bassini	1
Operatio Alexander-Adams	1
Ligatura art. ovaricae et iliacae int. utriusque (Pryor)	4
Laparotomia transversa probatoria	2

Widzimy, iż drogą cięcia brzusznego sposobem Pfannenstiela wykonywano najrozmaitsze zabiegi, od prostych do nader złożonych. Większe operacye, jak całkowite i niecałkowite wycięcie macicy z przydatkami, operacye torbieli jajnikowych i t. p. zajmują w naszej statystyce miejsce dość pokaźne — 21 przypadków; w tej liczbie pięciokrotnie były mięśniaki maciczne. Zabiegi, stosowane przy tyłozgięciu macicy, tworzą grupę największą (79 przypadków). Na uwagę zasługują cztery spostrzeżenia, dotyczące operacyi Pryora w przypadkach raka macicy, nie nadających się do operacyi doszczętnej. Cięcie Pfannenstiela daje tu dostęp bardzo dogodny.

(W dwu przypadkach wykonano bez trudności z tegoż cięcia poprzecznego operacyę skrócenia więzadeł obłych

podług Alexandra, względnie doszczętną operacyę przepukliny pachwinowej sposobem Bassiniego).

Zaznaczamy dalej, iż w 18 przypadkach usunięto tą drogą wyrostek robaczkowy. Tu jednakowoż zrobić musimy pewne zastrzeżenie. Cięcie Pfannenstiela nie zawsze daje łatwy do wyrostka dostęp. W dwu przypadkach byliśmy zmuszeni zaniechać wycięcia wyrostka robaczkowego z powodu niemożności udostępnienia pola operacyjnego, przy wyrostku wciągniętym przez zrosty ku górze. Nauczeni doświadczeniem, obecnie trzymamy się poglądu, iż we wszystkich przypadkach, gdzie wywiady wskazują na możność istnienia zmian chorobowych w wyrostku robaczkowym obok zmian w narządach rodnych, należy wykonywać zasadniczo cięcie podłużne.

Dodajemy w końcu, iż dwukrotnie wykonaliśmy cięcie poprzeczne badawcze, a to w przypadkach uporczywej niepłodności, bez dającej się oznaczyć przyczyny. Celem tej t. zw. przez nas »rewizyi« było stwierdzenie naoczne stanu narządów rodnych wewnętrznych, względnie drożności jajowodów.

W całym szeregu przypadków — 64 razy — wykonano jednocześnie zabiegi pochwowe. Zabiegi te były następujące:

Tablica III.

Abrasio	42
Discissio orif. ext. m. Pozzi	3
Amputatio colli uteri	1
Trachelorrhaphia m. Emmet	13
Kolporrhaphia ant.	20
Kolpoperineorrhaphia (et sutura mm. levatorum)	33
Perineorrhaphia m. L. Tait	2
Oper. rupturae perinei compl.	2
Excochleatio carcinomatis	2

Z ogólnej liczby operowanych (120) wyzdrowiało 117, zmarło 3. Odsetka śmiertelności po cięciu Pfannenstiela wynosi w naszej statystyce 2,5%, gdy po cięciu podłużnem, w okresie 1908—1911, odsetka ta dochodzi do 6% (18 zejść na 283 operacye). Różnicę względnie tak znaczną chętnie kładziemy na karb stosowania cięcia podłużnego w przypadkach naogół ciężkich i powikłanych. Po cięciu poprzecznem ani razu nie spostrzegaliśmy posocznicy, ani też zapalenia otrzewnej. Zejście śmiertelne we wszystkich trzech przypadkach zaszło w następstwie powikłań w narządach oddechowych. Przyczyną śmierci było dwukrotnie zrazowe zapalenie płuc, z zejściem na piąty, względnie pietnasty dzień po zabiegu; w trzecim przypadku — istniejące uprzednio, niestety nie rozpoznane przed operacyą gnilne zapalenie oskrzeli wraz z ich rozszerzeniem (bronchiectasiae).

Omówimy bliżej przypadki, zakończone niepomyślnie. W pierwszym przypadku był daleko posunięty rak szyi macicznej u osoby 49-letniej; wykonano sposobem Pryora obustronne podwiązanie tętnicy jajnikowej i macicznej. Przypadek drugi dotyczy 35-letniej, nieco otyłej kobiety, operowanej z powodu zboczenia macicy ku tyłowi oraz zlepnego zapalenia otrzewnej miednicznej. Chora ta w czasie operacyi przebyła ciężką asfiksyę chloroformową; w następstwie rozwinęło się zapalenie płuc, z przejściem w częściową zgorzel. W trzecim wreszcie przypadku wykonaliśmy całkowite wycięcie macicy z przydatkami z powodu obustronnego zapalenia przydatków macicznych, przyczem moczowód lewy uległ przecięciu w pobliżu pęcherza moczowego. Wszczepiony sposobem Sampson-Kröniga moczowód zrósł się z pęcherzem doskonale. Zejście śmiertelne dziesiątego dnia po operacyi z powodu obostrzenia się sprawy zapalnej w narządach oddechowych i wystąpienia ograniczonej wieloogniskowej zgorzeli płuc.

Oględziny pośmiertne we wszystkich trzech przypadkach dokonane zostały przez prof. Przewóskiego.

Powikłania w gojeniu się rany brzusznej po cięciu Pfannenstiela występowały na ogół rzadko, nie stając się powodem zejścia śmiertelnego. Spostrzegaliśmy następujące powikłania:

Tablica IV.

Ropienie wczesne	1 raz
Ropienie późne	1 »
Zebranie się płynu surowiczo-krwawego	przeszło 10 razy
Haematoma subfasciale	1 raz
Cellulitis parietum abdominis	1 »

Ropienie wczesne widzieliśmy raz jeden i to w przypadku setnym dwudziestym — ostatnim naszej seryi, w zależności od błędu w aseptyce operacyjnej. Okazało się mianowicie, iż część narzędzi, z winy personalu pomocniczego, była nienależycie wyjałowiona. Ropienie późne, w trzecim tygodniu po operacyi wystąpiło u chorej, mającej już wyjść do domu z dobrze zagojoną raną brzuszną. W parę dni po wyjściu ze szpitala, jak opowiadał mąż chorej, rana rozeszła się w środkowej części na dwa palce i wylało się z niej sporo ropy. O chorej tej, mieszkającej poza Warszawą, więcej wiadomości nie mamy.

Częściej, niż ropienie, zdarzało się zebranie się w ranie płynu surowiczo-krwawego. Powikłanie to, spostrzegane przez nas w kilkunastu przypadkach, występowało stale w drugim tygodniu po operacyi, najczęściej pomiędzy ósmym a jedenastym dniem, wyjątkowo później. Ilość zebranego płynu wahała się od pół łyżeczki do dwu łyżek. Zabieg leczniczy polegał na wypuszczeniu płynu, czasem parokrotnie, oraz stosowaniu okładów z płynu Burowa. Gojenie się rany brzusznej przy tem postępowaniu szło szybko.

Z innych powikłań spostrzegaliśmy raz jeden zebranie się krwi pomiędzy powięzią a warstwą mięśni brzusznych — krwiak podpowięziowy. Przypadek ten, trzydziesty ósmy w szeregu cięcia poprzecznego, o tyle zasługuje na uwagę, iż wytworzenie się krwiaka nie zostało na razie rozpoznane, zależne zaś od utraty krwi osłabienie czynności serca zwalczano — błędnie — wielkiemi dawkami kamfory i kofeiny. Dopiero ósmego dnia, przy zmianie opatrunku, rozpoznano krwiak, otwarto ranę na przestrzeni 3 cm i wydalono z pod skóry i powięzi wielką ilość skrzepów. Rana zagoiła się po upływie sześciu tygodni.

Niezwykłe wreszcie powikłanie widzieliśmy u 24-letniej kobiety, którą operowaliśmy z powodu tyłozgięcia macicy, powikłanego zajęciem przydatków oraz zlepnem zapaleniem otrzewnej miednicznej.

Po usunięciu przydatków (prócz jajnika lewego), wykonaliśmy u tej chorej wentrofiksacyę, przyszywając katgutem macicę do tylnej powierzchni mięśni prostych brzucha. Przebieg pooperacyjny prawidłowy; chora opuściła od-

dział na dziewietnasty dzień po operacyi z niewielkim, nieco bolesnym naciekiem w bliznie po cięciu Pfannenstiela, u prawego jej końca. Naciek ten stopniowo powiększa się i po upływie czterech tygodni zajmuje przestrzeń dłoni, wypuklając podbrzusze (ryc. 8). Przed macicą, spojoną



Ryc. 8.
Franciszka K. Laparotomia transversa 29. IV. 1911. Cellulitis parietum abdominis.

ze ścianą brzuszną, stwierdzamy płaski, twardy opór, którego górna granica nie dochodzi na trzy palce poprzeczne do pępka; ku dołowi opór ten szeroką podstawą zlewa się ze spojeniem łonowem, na prawo sięga linii przymostkowej prawej, na stronie lewej zachodzi o jeden palec poprzeczny nazewnątrz linii przymostkowej lewej. Opór jest bardzo twardy, na ucisk mało bolesny, grubości mniej więcej palca; przy napinaniu powłok brzusznych nie znika; skóra nad nim ruchoma. Opór jest położony niewątpliwie poza powięzią, prawdopodobnie w obrębie luźnej tkanki łącznej (cellulitis), otaczającej mięśnie. Wahania gorączkowe nieznaczne. Leukocytów 9680. Objawy podmiotowe słabo wyrażone. Gdy naciek zapalny pod wpływem jodynowania i okładów nie zmniejszał się, wykonaliśmy przecięcie nacieku w linii blizny. Tuż za powięzią natrafiliśmy na masę sadłowatą, zbitą, bardzo twardą; ropy nie znaleźliśmy. Ranę pozostawiliśmy otwartą, wypełniając ją gazą. Od czasu zabiegu nacieczenie zaczęło się zmniejszać i w ciągu kilku tygodni znikło bez śladu.

Dodać jeszcze musimy, iż raz jeden widzieliśmy u naszej chorej wystąpienie przepukliny następczej, mianowicie w przypadku, gdzie stwierdzono wytworzenie się krwiaka. Czy w dwu przypadkach, powikłanych ropieniem, doszło, wzgl. dojdzie w następstwie do przepukliny, nie wiemy. Stwierdzamy jeno fakt, iż w żadnym z przypadków cięcia poprzecznego, zagojonych doraźnie, nie spostrzegaliśmy wystąpienia przepukliny. Fakt ten odbija jaskrawo od statystyki, zebranej przez Abla, która przy cięciu podłużnem w warunkach podobnych wykazuje 6% następczych przepuklin.

Na tem kończymy rozbiór wyników, otrzymanych przy cięciu Pfannenstiela, dochodząc do wniosków następujących:

1. Cięcie Pfannenstiela ma swoje ścisłe wskazania i przeciwwskazania i nie powinno być stosowane szablonowo, bez wyboru.

2. Cięcie brzuszne poprzeczne nie może zastąpić cięcia podłużnego, lecz je dopełnia i w tym względzie uważane być może za cenny nabytek nowoczesnej chirurgii.

3. Rana brzuszna po cięciu Pfannenstiela, przy bezwzględnem przestrzeganiu aseptyki i dokładnem zatamowaniu krwotoku, goi się równie szybko, jak po cięciu podłużnem.

4. Cięcie poprzeczne daje względnie małą odsetkę następczych przepuklin.

5. Cięcie poprzeczne, stosowane właściwie, daje wyniki pod względem kosmetycznym bez zarzutu.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe narzędzia. 1) Nożyce do usuwania resztek migdałka gardłowego (Fein). 2) Skrobaczka do usuwania trzeciego migdałka (Fein). 3) Uniwersalny przyrząd do wszelkich zabiegów mechano-terapeutycznych podług Fischera, mający zastąpić przyrządy ortopedyczne. (Cena 350 marek). 4) Faryngoskop Schmuckerta dla badania dzieci. 5) Szczypczyki Mankiewicza do trzymania cewników miękkich przy wprowadzaniu do cewki. 6) Quassinjektor, przyrząd do wprowadzania leków w połączeniu z CO_2 in statu nascendi do pochwy. 7) Narzędzie O. Becka do wyciągania ciał obcych z ucha. 8) Cytax, przyrząd do mechanicznego liczenia ciałek krwi i innych komórek (Tojbui). 9) Opaskę gipsową sporządza Pels-Leusden ze zwykłego gipsu i zwykłej, a nie organtynowej opaski. Opaska taka jest znacznie tańsza, schnie szybko przy założeniu i dobrze przylega do ciała.
A.

Przy rozdęciu kości (spina ventosa) zaleca Klara Kennerknecht opatrywanie 10% maścią pyrogallową, która ma zastępować leczenie chirurgiczne (?) (Münch. med. Wochschr. 1912, Nr 10).
A.

Przy zgorzeli starczej stosował Dumarest ze skutkiem śródtkankowe wdmuchiwania tlenu.
A.

Obłuszczenie nerek stosuje się według Lehmanna obecnie ze skutkiem przy sprawach ostrych w nerkach, zwłaszcza w razie skąpego wydzielania lub bezmoczu i mocznicy na temże tle, dalej przy t. zw. neuralgiach i angioneurotycznych krwotokach. Przy sprawach przewlekłych osiąga się przez obłuszczenie poprawę stanu ogólnego. Wynik operacyi polega jedynie na uwolnieniu nerki z ucisku i chwilowej przez to poprawie krążenia; o innych czynnikach wbrew temu, co sądził Edebohls, nie ma tu mowy. (Stosują także obłuszczenie przy rzucawce i celem umocowania nerki ruchomej. Przyp. spraw.). (Berl. klin. Woch. Nr 4).
K.

Wypuszczanie płynu mózgowordzeniowego proponuje Kałusch także przy leczeniu gruźliczego zapalenia opon. Przez nakłucie usuwamy sporo toksyn, wpływamy przez to korzy-

stnie na serce i oddech i zmniejszamy ciśnienie śródoponowe, a nowotworzący się płyn zawiera dużo substancyi bakteryobójczych. Zamiast nakłucia lędźwiowego zaproponowali Quincke, Wicart i inni meningotomię, tj. na wysokości 2. lub 3. kręgu lędźwiowego otwiera się kanał kręgowy i wprowadza celem sączkowania dren grubości ołówka. Niektórzy wstrzykują leki, np. kollargol, rtęć (hdrg. oxycyanat.), elektrargol i różne surowice. W zupełnie innym kierunku dąży leczenie ropnego zapalenia opon zapomocą urotropiny. Środek ten, podany wewnętrznie, przechodzi szybko do płynu mózgowordzeniowego i działa tam wybitnie bakteryobójczo. Leczenie to zachwala bardzo Crowe. Urotropinę podaje się obecnie zapobiegawczo przed operacyami czaszki w dawce 1—2 grm. na 2—3 dni przed zabiegiem (Eiselsberg). Również stosują urotropinę przy nagminnem zapaleniu opon i przy zapaleniu przednich rogów rdzenia. Skuteczność leczenia zależy w zapaleniu opon od wczesnej interwencyi. Gdy opony pokryte są już gęstą ropą, wówczas żadne leczenie nie pomoże. K.

Wole leczy Porter (I. of itm. Assoc. 57. XIV) kilkakrotnemi wstrzykiwaniami w kilku miejscach gotującej się wody, a Mellarrison (Royal Soc. of med. I. 1912) zapomocą wstrzykiwania szczepionek, uzyskanych z jelit, albowiem uważa on wole za wyraz odczynu gruczołu na zatrucie kiszkowe. A.

Do leczenia kamicy żółciowej po napadzie zaleca Mosse pigułki Senatora: »Rp. Sapon. medic. 10,0—15,0, mucil. mimos. q. s. f. pil. Nr 60. S. 3 razy dnia pigułkę«. Równocześnie robi się lewatywy z oliwy. (Mydło, jak wiadomo, jest środkiem żółciopędnym). A.

Przy zatruciu kwasem siarkowym zastosował z bardzo dobrym skutkiem Marchand śródżylne wlanie 5% sody. (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). A.

Zatrucia grzybami występują w dwojakiej postaci: 1) jako podrażnienie przewodu pokarmowego (wtedy działa dobrze jako odtrutka węgiel drzewny i przeczyszczenie), 2) jako rozwijające się zwolna, ale silnie przypady nerwowe i zapad. Zatrucie posadką (amanita phalloides, grzyb biały z zielonawo szarą czapeczką) spostrzegał w Trevoux we Francyi Philippe. Z 25 osób zmarło mimo zabiegów 9. Zatrucie występuje albo zaraz (postać pierwsza), albo dopiero w 12 godzin po spożyciu, co utrudnia ratowanie chorych. (Soc. med. de Lyon. XI. 1911). A.

Przeciw działaniu słońca na skórę zaleca Freund: »Rp. Amyl. tric., aquae aa. 10,0, aesculin 4,0, 10% natr. bicarb. gtts. VIII. Misce c. glycerin (110%) 100,0 ut. f. ungt.« A.

Pastę cementową podaje Drew (Mon. f. pr. Derm. 1911, Nr 3) jako nową kombinacyę pasty Lassara z siarką i ichtyolem. Po dobie zasycha ona na skórze w postaci twardej, porowatej warstwy, podobnej do cementu (stąd nazwa). Ta własność ma stanowić jej wartość. N.

Veronal-natrium stosuje Rosenfeld (Berl. klin. Woch. 1911, Nr 37) z nadzwyczajnym skutkiem w krztuścu. Dawki: od 0·1—0·15—0·2 na raz w wodzie, zależnie od wieku dziecka. Rozpuszczalność tego środka w wodzie pozwala na stosowanie go przez odbytnicę; Citron (Berl. kl. Woch. 1911, Nr 36) podaje go w formie czopków. N.

Ureabromin, związek bromku wapnia z mocznikiem, zawiera 36% bromu. Fischer i Hoppe (Berl. klin. Woch. 1911, Nr 41) stosują go w padaczce w przypadkach powikłanych schorzeniami nerek lub serca. Dawki 2—3 łyżki dziennie rozczynu 40:300; dzieciom 2—3 łyżeczki; przez odbytnicę w jednorazowej dawce 4—6 gr. N.

Ureochinill (chininum hydrochloric. carbamidat.) w 1% rozczynie stosuje się w celu miejscowego znieczulenia oraz tamowania krwawień. N.

Vanodrin, środek stosowany w dentystyce, zawiera w 1 cm. rozczynu 0·015 nowokainy i 0·0001 adrenaliny. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 13 marca 1912 r.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 76.

1. Przyjęto jednogłośnie kol. Maksymiliana Rosego na członka.

2. Uchwalono zmianę § 11 ustawy Towarzystwa lek. krak. odnośnie do lekarzy wojskowych w następującem brzmieniu: »Postanowienia te nie dotyczą członków lekarzy wojskowych przyjętych bez balotowania, którzy podlegają kompetencyi Rady honorowej wojskowej«.

3. W zakończeniu dyskusyi nad demonstracyą kol. Eisenberga: **O negatywnem barwieniu bakteryi**, zabiera głos kol. Doc. Koźniewski, który zaznacza, że w streszczeniu dyskusyi kol. Eisenberg nie umieścił wszystkiego, co mówił wówczas, czemu się nie można dziwić, bo nie jest się obowiązanym do podawania do druku swych przemówień in extenso. Ze streszczenia tego natomiast możnaby wnosić, że mowca (Koźniewski) użył w dyskusyterminu »siła przyciągania wody«. Przeciwko temu zastrzega się stanowczo. Może podobne wyrażenia anachronistyczne spotyka się u tych, co kwestyę ciśnienia osmotycznego biorą ze stanowiska słownego, jako siłę odciskającą. K. mówił o toku wody w kierunku płynu hypertonicznego, jako następstwie różnicy ciśnień, a to jest gruba różnica. Dalej stwierdza mowca, że dyskusya toczyła się nie o istocie ciśnienia osmotycznego, ale o plazmolizie, jako jego następstwie. Zamiast tych ustępów z dzieła Hamburgera, które mówią o istocie ciśnienia osmotycznego w przypadkach teoretycznie idealnych (tłok bez tarcia), trzeba było przytoczyć ustęp nieco dalej na str. 162 o plazmolizie, gdzie autor ten mówi najwyraźniej, że komórka, umieszczona w płynie hypertonicznym traci wodę na korzyść tego płynu i w następstwie tego »zieht sich das Protoplasma von der Zellmembran zurück.« Wtedy uniknęlibyśmy dyskusyi nad elementarnemi zastosowaniami praw fizycznych i chemicznych.

Kol. Eisenberg zaznacza, że wbrew twierdzeniom kol. K. sprawa plazmolizy w dziełach najwybitniejszych badaczy w tym kierunku przedstawiona jest zgodnie z tem, co powiedział w swoim wykładzie. I tak Hamburger (Osmotischer Druck u. Jonenlehre T. I. str. 28—29) powiada: »Die Zuckermolekule werden durch ihre Stösse einen Druck auf den Stempel ausüben.« U Höbera (Physikalische Chemie der Zelle und der Gewebe. III. Aufl. 1911. str. 54) znajdujemy: »Die Plasmolyse lässt sich so deuten, dass gelöste Stoffe auf das lebende Protoplasma einen Druck ausüben, der von ihrer Konzentration abhängig ist... Wenn der Aussendruck künstlich durch Konzentrierung gesteigert wird, dann wird der Protoplast von der Zellulosemembran nach einwärts fortgedrängt.« Wreszcie Fischer, który wykonał klasyczne badania nad plazmolizą bakteryi, pisze (Vorlesungen über Bakterien. II. Aufl. 1903, s. 21—23): »Die im Zellsaft gelösten Stoffe entwickeln infolge ihres Diffusionsbestrebens einen gewissen Druck, den osmotischen Druck... Der Druck lastet zunächst auf dem Protoplasmakörper, als der den Durchgang verhindernden Membran und presst diesen gegen die Zellulosemembran... Es lastet also ein gewisser osmotischer Druck von aussen auf der Zelle... In hyperosmotischer Umgebung wird sogar der Protoplasmaschlauch durch den Ueberdruck aussen zusam

mengedrückt, infolgedessen schrumpft er stark zusammen«. A zatem zgodność niemal dosłowna z temi wyrażeniami, których mowca używał w opisie zjawiska plazmolizy. Ciśnienie osmotyczne jest pierwotną przyczyną, wędrówka wody zjawiskiem wtórnem.

Koźniewski zaznacza, że nie będzie poruszać wielu ciekawych szczegółów zjawiska plazmolizy, a ograniczy się jedynie do spornej kwestyi — mechanizmu plazmolizy. Właściwą przyczyną plazmolizy jest obecność płynu hypertonicznego, jego ciśnienie osmotyczne. To jest pierwsze ogniwo rozpatrywanego szeregu zjawisk. Wobec różnicy ciśnień zachodzi dążność do jej wyrównania, które nastąpić może tylko w ten sposób, że woda z wnętrza komórki przechodzi do płynu hypertonicznego, gdyż cząsteczki w nim rozpuszczone nie mogą przeniknąć przez błonę plazmatyczną (Plasmahaut) w kierunku przeciwnym. Ten tok wody jest drugiem ogniwem w łańcuchu zjawisk. Trzeciem jest plazmoliza, czyli zmniejszenie się objętości protoplazmy, jej skurczenie się. Tego terminu używa i Fischer, przytoczony przez kol. Eisenberga (schrumpft sich...). Ponieważ kol. Eisenberg chce przedstawić kwestyę tak, jakbym ja nie ciśnienie osmotyczne przyjmował za przyczynę omawianego łańcucha zjawisk, a jakąś »siłę przyciągania wody«, — więc z całym naciskiem zaznaczam, że kwestyi przyczyny plazmolizy — ciśnienia osmotycznego, nawet nie dotykałem, jako elementarnej, nie podlegającej dyskusyi. Mówiliśmy tylko o ogniwie drugiem i trzeciem. Chcę bliżej sprecyzować tę kwestyę, która tyczy metodologii rozumowania w takich przypadkach. Jeżeliby kol. Eisenberg powiedział tylko tyle: ciśnienie osmotyczne — albo — ciśnienie cząstek płynu hypertonicznego wywołuje plazmolizę, wtedy nie możnaby temu określeniu nic zarzucić, gdyż przedstawiałoby ono tylko zacytowanie pierwszej, odleglejszej przyczyny. W biologii jednak, a właściwie we wszystkich naukach eksperymentalnych, nie wystarcza przytoczenie prawa lub zasady, rządzącej jakiemś zjawiskiem. Trzeba przedstawić i wykazać, jak ono się uzewnętrznia, jaki jest mechanizm tego zjawiska. Mechanizm ten polega na toku wody do płynu hypertonicznego. Żeby przedstawić znaczenie właśnie tej fazy zjawiska, wystarczy przyjąć, że i błona plazmatyczna (wpółprzepuszczalna) jest nie elastyczną, lecz sztywną, podobnie jak ściana komórki. Cóżby się działo wtedy? Plazmoliza czyli zmniejszenie objętości protoplastu nie uwidoczniłoby się, ale ów ważny objaw — tok wody, odbywałby się, gdyż on jest uwarunkowany różnicą ciśnień. Cytat mnożyć nie będę, gdyż sprawa jest jasna dla każdego, kto wie, co się dzieje w dwóch płynach nie izotonicznych, rozdzielonych błoną wpółprzepuszczalną, bądź sztywną, bądź elastyczną. — Tak się wyraża De Vries, Jost, Hamburger i inni. Co się tyczy Höbera, to znam to jego zdanie, na które powołuje się kol. Eisenberg. Zauważę jednak, że w podręczniku Höbera wiele zagadnień wyłożonych jest niezmiernie niewyraźnie, mętnie. Zresztą o plazmolizie mówi Höber dalej jeszcze na 20 przeszło stronicach, wyjaśniając bliżej sprawę i uwzględniając według Pfeffera inne jeszcze siły — prócz ciśnienia osmotycznego (Quellungsdruck, Centraldruck). W każdym razie i on nie identyfikuje ciśnienia osmotycznego z uderzaniem i nie mówi o rozrywaniu protoplastu. — Chcę wspomnieć o jednym szczególe plazmolizy. Zachodzi ona najprzód w kątach komórki. Gdyby działał tutaj mechanizm uderzania, w takim razie owo kurczenie się protoplazmy i odklejanie się od ściany komórkowej następowałoby nie na granicach, lecz na bocznych ścianach, jako zwróconych większą powierzchnią na działanie sił.

Kol. Eisenberg: Odczepianie się protoplastu w kątach nie jest bynajmniej zjawiskiem stałem (p. Fischer. Fig. 14. str. 20), gdzie zaś występuje, może być również następstwem nierównomiernej siły przyczepienia protoplastu do ścian komórki lub nierównomiernej jego podatności w różnych miejscach.

Koźniewski zaznacza, że pierwotnie nie wspominał kol. Eisenberg o toku wody do płynu hypertonicznego, obecnie jednak mówi: »ciśnienie osmotyczne jest pierwotną przyczyną, wędrówka wody zjawiskiem wtórnem.« Jeżeli dodać to, co się samo przez się rozumie — że plazmoliza t. j. skurczenie protoplastu jest zjawiskiem trzeciorzędnem, następstwem utraty wody (patrz Hamburger l. c. str. 162), wtedy otrzymamy takie zszeregowanie zjawisk, takie przedstawienie mechanizmu plazmolizy, o jakie mowcy właśnie chodzi i któremu poświęcił wszystkie swe wywody.

4. Prof. Emil Godlewski wygłosił wykład: **Nowsze poglądy na ciągłość żywej materyi.**

Prelegent podaje uwagi o mechanizmie autoregulacyi w żywych ustrojach, które są podstawą utrzymania sprawności ustroju, mimo zużywania się żywej materyi przy funkcyach życia. Sprawa przyswajania substancyi odżywczych, regulacya ciepłoty, działanie enzymów, wszystko to jest w stanie regulować tempo odczynów toczących się w ustroju. Ale te urządzenia nie wystarczają do utrzymania stale ustroju w stanie zupełnej równowagi i nadchodzi po dłuższym lub krótszym okresie życia starość i śmierć. Dla utrzymania ciągłości danego typu żywej materyi występuje jako nowy czynnik autoregulacyjny — czynnik rozrodu.

Prelegent podaje dalej wyniki badań zoologicznych nad trwałością życia i wegetatywnego rozrodu u pierwotniaków, omawia badania Maupas, Caulkinsa, R. Hertwiga i jego uczniów, oraz badania Enriqueza i Woodruffa, dochodząc do wniosku, że wśród ciągłości trwania żywej materyi daje się stwierdzić pewna cykliczność, która w pewnym stopniu daje się zmienić działaniem zewnętrznych czynników.

Dalej przedstawia prelegent sposoby pojmowania ustrojów wyższych, wielokomórkowych i pojmowanie zjawiska korrelacyi. Z zespołu korrelacyjnego można grupę składników wyodrębnić, wyizolować. Badania Childa doprowadziły go do wyróżnienia izolacyi fizycznej i fizyologicznej. Prelegent podaje dalej czynniki przyczynowe izolacyi fizyologicznej i omawia jej skutki, które w znacznym stopniu zależą od właściwości twórczej wyizolowanej cząstki. Przy pełnej »potencyi twórczej« wynikiem izolacyi jest geneza nowego pokolenia: rozród. W ten sposób fizyologiczna izolacya jest jednym z czynników autoregulacyjnych, które zapewniają trwałość żywej materyi.

Oddzielona cząstka, wyodrębniona z zespołu korrelacyjnego, ulega odmłodzeniu. Morfologicznie i fizyologicznie odmładzanie żywej materyi da się wykazać; a odmłodzeniu towarzyszy stale ujawnienie ewolucyjnych czynników, które znamionują również żywą materyę wśród jej nieśmiertelnej ciągłości.

W dyskusyi zabrał głos kol. Eisenberg, zaznaczając, że hipoteza Weissmannowska, uważająca pierwotniaki za nieśmiertelne dlatego, że przy rozmnażaniu podziałowem brak trupa, nie da się pogodzić z energetycznym poglądem na życie. Materya ożywiona przedstawia tylko pozorną niezmienność, w rzeczywistości w każdej chwili cząstki jej ulegają rozpadowi, a nowe zostają przyswojone, jest tedy życie łańcuchem nieprzerwanym narodzin i śmierci, naprawdę istnieje tylko ciągłość życia jako pewnej formy przemian energetycznych, ciągłość materyi ożywionej jest tylko pozorem. Dalej wskazuje na to, że państwo bakteryi przedstawia może najdogodniejszy teren dla badań nad nieśmiertelnością pewnych form ze względu na krótki okres generacyi i daną przez to możność obserwowania długiego szeregu pokoleń na względnie krótkiej przestrzeni czasu. To też niektóre hodowle, od 30 lat utrzymywane w pracowniach, a mające poza sobą dziesiątki tysięcy pokoleń, są najwymowniejszym przykładem nieśmiertelności drobnoustrojów. I tutaj oczywista trzeba się starać o optymalne warunki życia i rozmnażania, a doświadczenia Serkowskiego pokazują, że usuwając troskliwie produkty przemiany materyi można uzyskiwać t. zw. kolonie olbrzymy, wielokrotnie przerastające normalny typ kolonii danego gatunku. Co

do zjawiska izolacyi, to być może, że możnaby upatrywać jego analogię w zarodnikowaniu, bakteryi, gdzie często część protoplazmy dająca zawiązek zarodnika oddziela się od reszty komórki przegródką, a po dokonanym akcie zarodnikowania reszta komórki zwykle ulega rozpadowi. Także i różnice między młodszymi a starszymi osobnikami tego samego gatunku, stwierdzone przez Childa, zostały ostatnimi czasy odkryte u bakteryi; Levaditi i Inman stwierdzili, że młodsze osobniki mogą być odporniejsze wobec fagocytozy, Grimme, że ich wytrzymałość alkoholowa przy metodzie Grama jest znaczniejsza, ja zaś, że młode osobniki dają specyalny odczyn barwikowy przy t. zw. odczynie młodości, polegający, na względnej ich cyanofilii.

Prof. Bujwid zaznacza potrzebę odróżniania zarodników — tworów znanych u pleśniowców np. i służących do rozmnażania — jeden osobnik wytwarza tutaj dużo zarodników —, od tworów bakteryjnych, które trzeba nazwać przetrwalnikami, nie zaś zarodnikami. Jedna bakterya tworzy tylko jeden przetrwalnik, który służy nie do rozmnażania, ale do podtrzymania istnienia gatunku. W swoich wykładach B. stale trzyma się tej terminologii.

Kol. Eisenbergowi odpowiada kol. Godlewski, że pojmowanie śmierci oparł na zasadach, podnoszonych przez Weismanna. Podniesione przez kol. Eisenberga fakty uważa za ładne przykłady ciągłości żywej materyi w państwie drobnoustrojów.

Za sekretarza dorocznego: Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 10. I. 1912.

Przewodniczący: kol. Krusche Sekretarz: kol. E. Sonenberg.

1. Przeczytano i przyjęto uchwały, które zapadły na ostatniem posiedzeniu Zarządu, dotyczące: 1) propozycyi dodania do art. 25. regulaminu uwagi, aby bywanie lekarzy miejscowych w charakterze gości na posiedzeniach Towarzystwa trwało nie więcej, niż 2 lata, oraz 2) uchylenia wniosku komisyi bibliotecznej o zmniejszeniu opłaty za korzystanie z biblioteki Towarzystwa przez nie członków.

2. Z okazyi przypadających w roku bieżącym 25 lat pracy zawodowej kolegi Jakóba Birenzweiga, sekretarz stały, kol. K. Jasiński, podniósł działalność fachowo-lekarską kol. Birenzweiga, który przed 25 laty, jako dermatolog, rozpoczął praktykę w Łodzi i był w owym czasie pierwszym wogóle lekarzem-specyalistą. Kol. Jasiński podkreślił pracowitość, sumienność i gruntowne wykształcenie fachowe kolegi Birenzweiga, unikanie z jego strony wszelkiego rozgłosu, oraz udział w życiu naszego Towarzystwa, którego przed laty był sekretarzem.

3. Kol. Prezes przeczytał list kol. Al. Poznańskiego, który z okazyi 25-lecia swej zawodowej działalności ofiaruje na rzecz Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach 15 rubli.

4. Po przeczytaniu przez sekretarza protokołu z ostatniego posiedzenia i sprawozdania z działalności Towarzystwa za r. 1911, oraz po przeczytaniu sprawozdania przez bibliotekarza — przyjęto kolegów: Landego, Weissberga i Tereszkiewicza w poczet członków Towarzystwa.

5. Przystąpiono do wyborów członków Zarządu. Przewodniczącym wybrano kol. W. Pinkusa, który na asesorów zaprosił kolegów: Birenzweiga i Skalskiego, a na sekretarza kol. Mogilnickiego. Kol. Pinkus podziękował ustępującemu Zarządowi za pracę, a w szczególności za pracę około urządzenia Zjazdu lekarzy prowincyonalnych i obchodu jubileuszowego, przyczem zaznaczył, że szczególną zasługę położył tu kol. Sterling.

Po przemówieniu kol. Pinkusa przystąpiono do głosowania. Głosowało 39 kolegów.

Prezesem Tow. wybrano kol. A. Kruschego, wiceprezesem kol. S. Sterlinga, sekretarzem I. kol. E. Sonnenberga, sekretarzem II. kol A. Tomaszewskiego, skarbnikiem H. Trenknera, bibliotekarzem I. Z. Prechnera, bibliotekarzem II. H. Goldberga.

6 Wybalotowanego członka sądu, kol. Pieniążka, wybrano ponownie. Na drugiego członka-zastępcę wybrano kol. Skalskiego.

7. Do komisyi rewizyjnej wybrano przez aklamacyę kol. Kolińskiego, Littauera i Soltza.

Do komisyi bibliotecznej również przez aklamacyę wybrano kol. M. Cohna, Goldmana i Trenknera.

E. Sonnenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1912 r.

I. Kol. Biegański zabiera głos z powodu śmierci Drów S. Markiewicza i E. Biernackiego. Po krótkich datach biograficznych wylicza najważniejsze zasługi Dra Markiewicza na polu higieniczno-społecznem, oraz daje pogląd ogólny na działalność naukową Dra Biernackiego. Na wniosek kol. Biegańskiego pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

II. Kol. Rozenfeld przedstawił 9-letniego chłopca z **porażeniem kurczowem kończyn dolnych** (paraplegia spastica) na tle próchnienia gruźliczego kręgosłupa. Choroba rozpoczęła się w marcu 1910 gorączką nieokreślonego bliżej pochodzenia. W trzecim tygodniu tej gorączki wystą-

pił bardzo silny ból w części górnej grzbietowej kręgosłupa. W sierpniu zauważono osłabienie kończyn dolnych, zwłaszcza prawej. W marcu 1911 chory przestał zupełnie chodzić, ból w kręgosłupie ustąpił. Od roku zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. Stan obecny: Odżywienie ogólne dobre, ciepłota prawidłowa, tętno 80, w narządach wewnętrznych zmian niema, sen i łaknienie dobre. Wszystkie rodzaje czucia skórnego zachowane. Kończyny dolne sztywne, stopy zgięte. Zupełny brak ruchów dowolnych. Zaników i drgania włókienkowego niema. Odruchy ścięgniste bardzo wzmożone. Odruch Babińskiego wyrażony jaskrawo. Przy podrażnieniach bólowych na obydwu kończynach odruch ucieczkowy: chory zgina kolano, udo przyciąga do brzucha i skręca na zewnątrz. W kończynach górnych: wyraźne osłabienie mięśni napiętka, sztywności niema, ruchy dowolne prawidłowe. Pęcherz opróżnia się okresowo w miarę napełnienia. W nocy bezwiedne oddawanie moczu i kału. Kręgosłup w części grzbietowej łukowato wygięty ku tyłowi. Ucisk na wyrostek kolczasty 7. kręgu szyjnego i trzech pierwszych grzbietowych wywołuje mocny ból. Objawy kliniczne wskazują na uszkodzenie dróg piramidowych w górnej części grzbietowej rdzenia. Zmiany wewnątrzrdzeniowe są zapewne następstwem gruźlicy kręgów.

III. Sekretarz kol. Rozenfeld odczytał **sprawozdanie roczne z działalności naukowej Towarzystwa.** Na początku roku 1911 liczyło Towarzystwo 32 członków rzeczywistych. W ciągu roku przybyło dwóch członków. Prócz tego było 4 członków korespondentów, 3 honorowych i 1 ofiarodawca. Posiedzeń było 10, brało w nich udział od 16 do 24 członków. Pokazy i odczyty były następujące:

I. Pokazy preparatów: kol. Wrześniowski: macica wyłuszczona wraz z guzem, włókniakotłuszczak śluzakowy, wyłuszczony u oseska; kol. Wacław Kohn: krętki i laseczniki okrężnicy.

II. Pokazy chorych: kol. W. Kohn: dziecko z tarnią dwudzielną; kol. Rozenfeld: przypadek tętniaka aorty piersiowej; kol. Wasilewski: przypadek ciężkiej niedokrwistości; kol. Wrześniowski: chora po operacyi zatoki szczękowej, przypadek kostniakomięsaka obojczyka i raka piersi, leczonych salwarsanem.

III. Kazuistyka: kol. Edward Kohn: przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego u dziecka; kol. Rozenfeld: przypadek ropnia mózgu, przypadek obcego ciała w drogach oddechowych, przypadek cierpienia ogniskowego mostu Varola; kol. Wrześniowski: przypadek tyłozgięcia macicy ciężarnej.

IV. Medycyna teoretyczna: kol. Biegański: o funkcyi przysadki mózgowej, o roli tętnic w krwiobiegu.

V. Medycyna praktyczna: kol. Batawia: stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego; kol. Biegański: o działaniu adrenaliny, o środkach sercowych; kol. Broniatowski: appendicitis gangraenosa sub partu; kol. W. Kohn: praktyczna wartość odczynu Wassermana; kol. Landau: o istocie i leczeniu moczówki cukrowej; kol. Rozenfeld: o patogenezie krzywicy.

VI. Różne: kol. Biegański: dziesięciolecie częstoch. Tow. lekarskiego, wspomnienie pośmiertne o kol. Wasserthalu; kol. W. Kohn: przypadek zakażenia się gruźlicą świnek morskich w poczekalni dla chorych; apt. Nowak: projekt otwarcia domu handlowego aptecznego.

IV. Skarbnik kol. Rejman odczytał sprawozdanie roczne ze stanu kasy Towarzystwa. Dochód 322 rb. 75 kop. rozchód 274 rb. 21 kop., pozostałość na rok przyszły 48 rb. 54 kop. Składki niewpłacone 317 rb. 50 kop.

W dyskusyi kol. Biegański wypowiada zdanie, że koledzy, nie uczęszczający na posiedzenia i nieopłacający składek w ciągu 3 lat z rzędu, nie powinni być uważani nadal za członków Towarzystwa. W tej sprawie zabierają głos kol. Marczewski, Wrześniowski, E. Kohn, Rejman. Ostatecznie wniosek kol. Biegańskiego przyjęto. — Kol. Nowak zapytuje, czy ruchomości Towarzystwa lekarskiego są ubezpieczone. — Po wyjaśnieniu kol. E. Kohna uchwalono ubezpieczyć bibliotekę i ruchomości na sumę 2000 rb.

V. Wybory do Zarządu: Prezesem wybrany kol. Biegański, wiceprezesem kol. Wrześniowski, sekretarzem kol. Rozenfeld, skarbnikiem kol. Rejman, bibliotekarzem kol Stawnicki, członkami Zarządu kol.: Łokczewski i Rudzki. Do komisyi rewizyjnej wybrani kol. Batawia, Marczewski i Nowak.

Posiedzenie z dnia 17 lutego 1912 r.

Obecnych 17 członków.

I. Kol. Łokczewski opisał **napad padaczkowy,** spostrzegany u robotnika w ambulatoryum fabrycznem. Chory stracił przytomność przy objawach nadzwyczajnej duszności i sinicy. Po krótkim okresie bezdechu wystąpiły nagle drgawki tężcowe, które trwały około 10 minut. Drgawek klonicznych nie było wcale. Mocz nie zawierał białka.

II. Kol. Rozenfeld wygłosił referat: **O rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych.** Na wstępie rozważył prelegent, w jaki sposób lasecznik gruźlicy wkracza do ustroju ludzkiego i zatrzymał się dłużej na nowszych badaniach Calmettea, którego zdaniem laseczniki mogą się przedostawać do gruczołów oskrzelowych przez błonę śluzową jelit i gruczoły krezkowe. W dalszym ciągu omówił prelegent stosunki anatomiczne i podział gruczołów na 4 najważniejsze grupy. Po przytoczeniu danych statystycznych i wykazaniu, że choroba ta jest najczęstszą i najpierwszą ze wszystkich spraw gruźliczych w ustroju człowieka, przeszedł prelegent do objawów klinicznych i rozpoznawania. Do objawów klinicznych należą: długotrwała nieraz gorączka bez określonego typu, częste nieżyty dróg oddechowych, napady dychawicy, rzadziej ból w okolicy międzyłopatkowej lub na mostku. Czasami spostrzegamy objawy ucisku tchawicy, nerwu błędnego, zwrotnego, żyły głównej i t. d. W połowie przypadków choroba przebiega

skrycie. Rozpoznanie opiera się na zestawieniu wywiadów, objawów klinicznych i wynikach badania fizycznego. Najważniejsze wskazówki rozpoznawcze daje osłuchiwanie kręgosłupa pomiędzy kręgiem VII szyjnym i V grzbietowym (odgłos oskrzelowy mowy, »chuchotement« objaw Prof. Espinea). Opukiwanie kręgosłupa wymaga szczególnej wprawy i nie może mieć szerszego rozpowszechnienia w praktyce. Francuscy lekarze polecają raczej opukiwanie w okolicy stawu mostkowoobojczykowego prawego (przytłumienie, zmiana wysokości tonu). W wielu przypadkach zauważyć można osłabienie oddechu na większej lub mniejszej przestrzeni płuca prawego, oraz szmer żylny na rękojeści mostka przy pochylonej w tył głowie (Smith). Najpewniejsze wyniki daje rentgenografia.

W dyskusyi kol. Batawia poruszył sprawę leczenia gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych i mówił o dodatnim wpływie klimatu górskiego. — Kol. Biegański opisał dwa przypadki tej choroby, spostrzegane w ostatnim czasie we własnej praktyce. W pierwszym przypadku, u dwudziestokilkoletniej mężatki, gorączka z niewielkiemi wzniesieniami wieczornemi trwała w ciągu 3 lat z rzędu. W drugim przypadku dziewczynka trzynastoletnia, doskonale odżywiona, otyła, miewa okresy kilkunastodniowej gorączki przestankowej (do 39°), której zawsze towarzyszy nieżyt dróg oddechowych. W obydwóch przypadkach rozpoznanie było oparte na badaniu rentgenograficznem. Przechodząc do leczenia, kol. Biegański mówi o wcieraniu szarego mydła w górną część klatki piersiowej, o podawaniu tranu, przetworów jodowożelazistych, wreszcie o wpływie klimatu morskiego. — Kol. Wrześniowski sądzi, że prześwietlanie promieniami Röntgena nie może mieć w rozpoznawaniu tej choroby bezwzględnie rozstrzygającego znaczenia. Gruczoły bowiem powiększone bez głębszych zmian anatomicznych i nie zwapniałe nie dają wyraźnego cienia.

III. Kol. Rozenfeld mówił: **O własnościach leczniczych surowicy końskiej prawidłowej.** Wpływ surowicy, jako środka, pobudzającego leukocytozę i fagocytozę w przebiegu chorób zakaźnych, znany już jest oddawna. W ostatnich latach stwierdzono, że surowica, pochodząca ze zwierząt, którym uprzednio dokonano upustu krwi, wzmaga czynność szpiku kostnego i sprzyja wytwarzaniu się krwinek jądrzastych. Na tem spostrzeżeniu oparte jest stosowanie surowicy przeciwbłoniczej lub przeciwtężcowej, jako stale znajdujących się w aptekach, przy różnych postaciach niedokrwistości i błednicy. Wreszcie zauważono, że surowica końska posiada wybitny wpływ na krzepliwość krwi. Podług Weila jest ona najlepszym środkiem przy leczeniu krwawiączki. Może być również stosowana z korzyścią w niektórych przypadkach uporczywych krwotoków z narządów wewnętrznych.

Karol Rozenfeld.

Zamknięcie
Towarzystwa le-
za r.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich postanowiła w interesie należytej gospodarki, drukować w je-
być wykonywane i to bez względu na czas zwołania walnego zgromadzenia. Opóźnienie w tym roku tłumaczy się wpro-
Zamknięcie, które ogłaszamy, jest tylko streszczeniem szczegółowych rachunków. Daje jednakże wierny obraz obrotu naukowego, wiele wydano na pensye wdowie i zapomogi, jaki jest stan finansowy fundacyi Stillerów (Morszyna) i jakie
Pożądanem byłoby, aby nietylko komisya rewizyjna, ale także członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich się za-
galic. (Lindego 5) przeglądnąć i zbadać.

Z Rady zawiadowczej

Zabłocki, sekretarz.

	Dochody		Efekta		Gotówka	
			K	h	K	h
	Stan gotówki 1/1 1911		375.659	14	10.196	39
	I. Dochody zwyczajne.					
1.	Fundusz gospodarczo-naukowy (opłaty członków)				9.311	30
2.	Fundusz zapomogowy: połowa opłat członków Tow. lek. krak. i lwowskiego				631	
3.	Fundusz pensyjny:					
	a) procenta od papierów wart. na pensye i zapomogi	11.784·40				
	b) procenta od gotówki	1.129·97				
	c) jednorazowe dary na rzecz wdów i sierót	730·20				
	d) wpisowe	210·—				
	e) połowa opłat członków Tow. lek. krak. i lwow.	631·—			14.485	57
4.	Dary do funduszów: Gilewskiego	1.000·—				
	Lukasa	200·—				
	Marsa	100·—				
	Mahla	46·90				
	Merunowicza	500.—				
	Szulisławskiego	479.—			2.325	90
5	Morszyn				27.499	24
6.	Kaucye				1.880	
7.	Drobne					05
8.	Procenta od papierów funduszu: Dra Marsa, Dra Rydygiera i budowy kaplicy w Morszynie (doliczone do kapitałów zarodowych)				188	
	II. Dochody nadzwyczajne.					
1.	Ze sprzedaży realności				42.500	
	III. Dochody w efektach.					
1.	Zakupiono efekta nom. wartości		43.400			
2.	Procenta narosłe od kapitałów ulokowanych na książeczkach Kasy Oszczędności		85	65		
3.	Legat ś. p. Dra Barzyckiego		60.151			
	Razem		479.295	79	109.017	45

rachunków

karzy galicyjskich

1911.

Lwów, 15. marca 1912.

dnym z organów swoich, z początkiem każdego roku zamknięcie rachunków za rok ubiegły. Ma to także w przyszłości wadzeniem nowych książek i uporządkowaniem funduszów.

pieniężnego, przedkłada bilans, wykazuje, gdzie są przechowane walory i kapitały, jaki był obrót funduszu gospodarczo-Towarzystwo posiada fundusze.

poznali ze szczegółami sprawozdań. Każdy kolega może na żądanie, szczegółowe rachunki w biurze Towarzystwa lek.

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Machek, prezes.

	Wydatki	Efekta K	Efekta h	Gotówka K	Gotówka h
1.	Fundusz gospodarczo-naukowy:				
	Tygodnik lekarski 2.363·75				
	Przegląd lekarski 3.032·50				
	Wydatki administrac. 2.267.61			7.663	86
2.	Pensye i zapomogi			14.435	
3.	Morszyn			22.177	01
4.	Wykupno pożyczki lombardowej z funduszów pensyjnych			6.300	
5.	Kaucye			1.150	
	Wydatki nadzwyczajne.				
1.	Zakupno efektów do funduszów:				
	1) im. Dra Barzyckiego 200 K				
	2) » » Biesiadeckiego 500 »				
	3) » » Garbińskiego 400 »				
	4) » » Jasińskiego 5.400 »				
	5) » jubileuszowego 500 »				
	6) » Dra Krówczyńskiego 200 »				
	7) » » Krzeczunowicza 600 »				
	8) » » Łuszczkiewicza 100 »				
	9) » » Mahla 300 »				
	10) » » Niedźwiedzkiego 800 »				
	11) » » Rożańskiego 200 »				
	12) » » Świątkiewicza 100 »				
	13) » » Szulisławskiego 500 »				
	14) » » Gilewskiego 4.600 »				
	15) » » Lukasa 600 »				
	16) » » Merunowicza 500 »				
	17) » pensyjnego 27.600 »				
	18) » Dra Marsa 300 »				
	nom. wart. 43.400 K				
	za			40 553	92
	Wydatki w efektach.				
1.	Zrealizowane książeczki Kasy oszczędności	353	19		
	Stan w dniu 31. grudnia 1911	478.942	60	16.737	66
	Razem	479.295	79	109.017	45

2. Rachunek bilansu za rok 1911.

	Stan czynny	Koron	hal.		Stan bierny	Koron	hal.
1.	Pozostałość kasowa w d. 31. grudnia 1911	16.737	66	1.	Pierwsza pożyczka hipoteczna na Morszynie	67.298	14
2.	Papiery wart., których procenta służą na pensye i zapomogi dla wdów i sierót	320.900		2.	Druga pożyczka hipoteczna na Morszynie	22.702	24
3.	Papiery wart., których procenta dolicza się do kapitału	5.100		3.	Pożyczka na lombard efektów	6.300	
4.	Książeczki Kasy oszczędności	1.715	78	4.	Pożyczka z funduszu pensyjnego Towarzystwa	17.108	09
5.	Losy	20			1—4 stanowią dług na Morszynie — razem 113.408·47 K		
6.	Papiery wart., których odsetki pobierają dożywotniczki	151.206	82				
7.	Wartość dóbr Morszyn	268.045	32	5.	Zwroty: *a)* funduszom Towarzyst. 427·89 *b)* opłaty szynkarskiej 730·—	1.157	89
8.	Kaucya propinacyjna	250					
9.	Depozyt w Banku krajowym	1.000					
10.	Wierzytelności na dobrach Morszyn	6.300					
11.	» » » »	17.108	09		Czysty stan czynny z 31/12 1911	674.170	50
12.	Zwroty z funduszów pensyjnych	353	19				
	Razem	788.736	86		Razem	788.736	86

3. Lokacya walorów i kapitałów stanowiących stan czynny.

Pozycya	K.	h
bilansu: 1. Pozostałość kasowa w dniu 31 grudnia 1911		
a) W Banku krajowym złożono rach 684	7.984	—
b) W Galicyjskiej Kasie oszczędności ks. 144485 83878, 84391 razem	570	79
c) Powszechny Bank książeczka Nr 846	1.230	78
d) Pocztowa Kasa oszczędności	2.754	55
e) Gotówką	4.197	54
	16.737	66

Z powyżej wykazanej pozostałości kasowej 16.737 K 66 h przypada:

	K.	h
1. Na rachunek Morszyna	5.322	23
2. Jest własnością dzierżawcy propinacyi (depozyt)	730	—
3. Własnością funduszów	427	89
4. Własnością funduszu pensyjnego	8.610	10
5. Fundusz administracyjny	1.647	44
Razem	16.737	66

Poz. 2 i 3. Walory mające zabezpieczenie pupilarne złożone są w Banku krajowym, kwit depozytowy nr. 2978 na nom. 326.000 koron.

Poz. 4. 5 i 8. W przechowaniu skarbnika.

Poz. 6. *a)* Fundusz Dr Jasińskiego 91.055 K 82 h w depozycie sądowym.

b) Fundusz Dr Barzyckiego 60.151 K — h złożony w Banku krajowym.

Razem 151.206 K 82 h.

4. Fundusz gospodarczo-naukowy.

Administracya.

Wydatki.

1. Przegląd lekarski	3.032	50
2. Tygodnik lekarski	2.363	75
3. Pensya prowadzącego książki	480	—
4. Druk sprawozdań za rok 1909 i 1910	467	60
5. Należytość Pocztowej Kasy oszczędności	48	99
6. Asekuracya kas od włamania	100	54
7. Sekcye	62	—
8. Ekwiwalent i należytość bezpośrednia	355	85
9. Lokal, światło, opał	200	—
10. Kursor	35	—
11. Wydatki sekretarskie, kancelaryjne, druki, listonosze, drobne	217	87
12. Koszta administracyi Banku krajowego	67	96
13. Krzesła i półki	31	—
14. Przeniesienie kasy na 2. piętro w Namiestnictwie	30	—
15. Dawniejszy rachunek Abla	90	80
16. Wieńce dla dwóch kolegów	62	—
17. Dopłata za członka dożywotniego K.	18	—
	7.663	86

5. Fundacya Stillerów.

Rachunek Morszyna za 1911.

I. Dochody:

1. Propinacya	500	—
2. Folwark	3300	—
Odszkodowania różne	160	—
— za asekuracyę	507	38
— za wyrąb drzew	140	—

3. Polowanie	500 —
4. Sól Morszyńska dzierżawa p. Piepes-Poratyńskiego	500 —
5. Zakład zdrojowy	18.688 64
6. Las	343 77
7. Wartość materyału drzewnego	1.417 45
8. Kary za szkody w lesie	20 79
9. Dzierżawa Gwiazdy	200 —
10. Za pomieszkania	287 60
11. Czynsz za pola i sianożęć	240 —
12. Zwroty zaliczki na podatki	243 61
— kosztów podróży	75 —
— zaliczek na wydatki Morszyńskie	450 —
	27.574 24

II. Wydatki:

1. Raty pożyczek hipotecznych	4.343 26
2. °/₀ od lombardu efektów	264 82
3. Ekwiwalent	445 62
4. Podatki	1537 61
5. Asekuracya	658 90
6. Za plany gospodarki leśnej	100 —
7. Administracya, lustracye, drobne wydatki	416 78
8. Koszta adwokata i notaryusza	65 —
9. Zwrot opustu podatków dzierżawcy	180 —
10. Pobory służby leśnej	635 08
11. Koszta wyrębu drzewa i robocizny	309 53
12. Nasiona i szkółki leśne, kwiaty	66 24
15. Zakład zdrojowy	10.282 33
15. Wartość materyału drzewnego (deputaty i zakład)	1.417 45
15. Płaca klucznika	360 —
16. Kopanie borowiny	49 20
17. Robocizna w zakładzie zdrojowym	88 82
18. Wanna	92 41
19. Konserwacya zakładu i materyały potrzebne	197 88
20. Pranie bielizny	16 08
21. Zaliczka na wydatki Morszyna	450 —
22. Naprawa karczmy	200 —
	22.177 01

Czysty dochód z Morszyna w roku 1911 wynosił 5.397 K 23 h.

6. Fundusze Towarzystwa z dniem 31 grudnia 1911.

I. Fundusze niewzrastające.
(Procenta wchodzą do funduszów pensyjnego i zapomogowego).

	Efekta nom. wart.	Razem
1. Dra Barzyckiego	2.000	
2. » Biesiadeckiego	14.300	
3. » Garbińskiego	2.800	
4. » Jasińskiego	126.300	
5. Fundusz jubileuszowy	3.200	
6. Dra Krówczyńskiego	800	
7. » Krzeczunowicza	8.600	
8. » Łuszczkiewicza	800	
9. » Mahla	3.400	
10. » Niedźwieckiego	17.320	
31. » Rożańskiego	300	
12. » Józefa Świątkiewicza	1.400	
13. » Szulisławskiego	500	181.720·—

II. Fundusze wzrastające.
(Procenta wchodzą do funduszu pensyjnego i zapomogowego).

		Książeczki kasy oszczęd.	Gotówka	Morszyn winien fundusz.	
1. Dra Gilewskiego	29.900	27.01	—	—	29.927·01
2. » Lukasa	1.000	93.10	8.15	—	1.101·25
3. » Merunowicza	3.500	64.45	45.04	—	3.609·49
4. Fundusz pensyjny	104.800	1178.14	8610.10	23.408·09	137.996·33
III. Fundusze, których procenta przyłącza się na razie do kapitału.					
1. Dra Marsa	3.200	93·18	164·80	—	3.457·98
2. Dra Rydygiera	1.700	189·57	117·40	—	2.006·97
3. Kaplica Morszyńska	200	70·33	92·50	—	362·83
	326.020	1715·78	9.037·99	23.408·09	360.181·86

IV. Fundusze, z których procenta pobierają dożywotniczki.

1. Dra Jasińskiego	91.055·82
2. Dra Barzyckiego	60.151·—
Razem	151.206·82

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 10. IV. 1912 posiedzenie, na którem prezes Dr Janiszewski poświęcił gorące słowa wspomnienia zmarłemu Dr Józefowi Merunowiczowi, protomedykowi Galicyi, członkowi honorowemu Towarzystwa. Towarzystwo złoży wieniec na grobie zmarłego i wyśle telegramy kondolencyjne. Następnie doc. Dr Radliński miał wykład: »O dyagnostyce funkcyonalnej nerek.« Na posiedzeniu byli obecni jako goście Dr Rzętkowski i Dr Kozerski z Warszawy.

— Dnia 2 kwietnia odbyło się w miejskim Urzędzie zdrowia posiedzenie lekarzy szkolnych, na którem Dr Klęsk wygłosił odczyt o odżywianiu dzieci szkolnych (wypracowany wspólnie z Dr Grażyńskim), wykazując, że w Krakowie najmniej 1000 dzieci szkolnych potrzebuje niezbędnie dodatkowego odżywiania w szkole. W ożywionej dyskusyi naczelny lekarz miejski postawił wniosek, by zebrać komitet, któryby odrazu w kwietniu zaczął odżywianie dzieci. Wniosek uchwalono i na cel ten urządzono odrazu składkę. Kwestya ta, tak żywotna dla społeczeństwa, znajdzie chyba życzliwy oddźwięk u wszystkich.

— Dr Zdzisław Dmochowski z Warszawy mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii patologicznej we Lwowie.

— W Krynicy rozpoczęły się kosztem rządu (jako właściciela zdrojowiska) głębokie wiercenia dla uzyskania nowych źródeł mineralnych, jakoteż w toku znajdują się roboty około regulacyi potoku Kryniczanki. Natomiast sprawa budowy nowych łazienek borowinowych i zakładu wodoleczniczego nie posunęła się naprzód, a to wskutek odwlekania przez ministerstwo zatwierdzenia gotowych już planów. Krążą wieści, że prywatna spółka stara się o dzierżawę Krynicy na dłuższy szereg lat. Z tego powodu podnosi »Nowa Reforma« (Nr. 152), że w razie wydzierżawienia tego zdrojowiska powinienby sobie pierwszeństwo dzierżawy zastrzedz kraj.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie kol. G. Grzybowskiemu z Krakowa za książki, ofiarowane Bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. III. do 6. IV. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 3 † 1), krztuśca 1, ospy wietrznej 4 (1), płonicy 7 (2), odry 1, duru brzusznego 3 (1). Dr Janiszewski.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr. 14) uważa termin II Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, oznaczony na grudzień r. b., za nieodpowiedni, podnosząc, że dla większości lekarzy warszawskich jest wyjazd za granicę możebny tylko w lecie i że lepszym terminem byłaby druga połowa lipca.

— Zjazd dermatologów i syfilidologów polskich projektuje się na jesień 1913. Zgłoszenia tymczasowe przyjmują Dr Watraszewski, Wojciechowski, Kozerski, W. Sterling i R. Bernhardt w Warszawie.

— W »Stowarzyszeniu lekarzy warszawskich« zorganizował zarząd »wieczory dyskusyjne«, mające wielkie powodzenie. Na wieczorach tych odbyły się dotąd odczyty: Dr Jakimiaka »O organizacyi pracy szpitalnej w Niemczech«, p. Weyberga »O ciałach koloidalnych«, p. Lewińskiego: »O wodach gruntowych w Królestwie polskiem«, p. J. Boguckiego: »Klasyfikacya nauk«, Dr Nusbauma: »O długowieczności«.

— Towarzystwo walki z gruźlicą w Żytomierzu, otwierając w b. m. przychodnię, poszukuje do niej lekarza. (Zgłoszenia do Dr H. Kurmanowiczówny, Cmentarna Nr 4).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 25. III. do 8. IV. 1912 przypadków: ospy 2, płonicy 2, róży 2 † 2. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na posiedzeniu Wydziału farmaceutycznego »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 21. III (3. IV) b. r. miał wykład p. Mag. farm. Próchnicki: »Przyczynek do charakterystyki ciał białkowych mięsa ryb.«

Zmarli: chirurg-ortopeda prof. Codivilla w Bolonii, anatom prof. Oloriz y Aguilera w Madrycie, ginekolog prof. Frommel z Erlangen w Monachium,

Dr Władysław Wyszyński w Koźminie w Wielkopolsce, Dr Wojciech Dreżewski w Klecku w ks. Poznańskiem, Dr Władysław Belkie w 64 r. ż. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. kwietnia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Cercha: Znaczenie chemii fizycznej i biologii dla balneologii i balneoterapia w ginekologii. 2) Dr Zanietowski: O systemizacyi środków balneoterapeutycznych i o stosunku tychże do medycyny wogóle, a do neurologii w szczególności.

We środę **d. 24. kwietnia 1912** odbędzie się drugie posiedzenie, poświęcone balneologii, z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr Wąsowicz: O balneoterapii i jej znaczeniu dla medycyny wewnętrznej. 2) Dr Frączkiewicz: O klimatologii. 3) Dr Pelczar: O leczeniu chorób serca.

Rok LI. Kraków, dnia 20. kwietnia 1912. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



PROFESOR IGNACY BARANOWSKI.



ięćdziesiąt lat dobiega od pamiętnej chwili otwarcia Szkoły Głównej w Warszawie, a wraz z tą rocznicą nadchodzi pięćdziesiąta rocznica pierwszych wykładów Ignacego Baranowskiego, jako profesora-adjunkta tej Wszechnicy. A chociaż katedrę profesorską zajmował urzędownie tylko w pierwszej połowie tego okresu, to jednak działalność Jego dydaktyczna trwała w rzeczywistości aż niemal po dni dzisiejsze, okrągłe pół wieku. Przedziwna Jego zdolność organizatorska, niestygnący zapał, odczucie potrzeb społeczeństwa, poświęcenie całego siebie celom ogólnym, objawiały się przez ten ogromny okres czasu równie świetnie na tem, jak na wszystkich innych polach pracy publicznej. Kiedy Mu odjęto warsztat kliniczny w uniwersytecie, stworzył nowy ze swego oddziału szpitalnego, ze swego prywatnego ambulatoryum, nawet z narad lekarskich w praktyce, rozdawał skarb swej wiedzy i olbrzymiego doświadczenia z hojnością królewską, uczył i przodował wszędzie, ciągle, niezmordowanie.

Czem była ta Jego dobrowolna, ofiarna praca dydaktyczna dla rozwoju medycyny naszej w tym zaborze, gdzie nawet nauka polska, tłumiona, odzierana ze środków, ma swoją martyrologię, widać już nawet z tej części dzieła Ignacego Baranowskiego, którą oczy współczesnych z wiru teraźniejszości uchwycić mogą. I zadziwia ta część nietylko jasnym płomieniem zapału, który On tchnął w cały szereg pokoleń lekarskich, nietylko zwycięską walką ze spiętrzonemi przed polską twórczością naukową przeszkodami, ale i ilością i jakością tego, co pod Jego wpływem zdziałano, ale i szerokością horyzontów, które obejmował i swym bezpośrednim i pośrednim wychowańcom otwierał. Ożywczy promień niepospolitej Jego umysłowości oddziaływał daleko poza ramy tej gałęzi medycyny, której głównie się poświęca. Ale bo też On sam łączy ogromną erudycyę, wszechstronne wiadomości z rzadką zdolnością syntezy, krytycyzm i mądrą rozwagę z wysokim polotem, wielką inicyatywę z wyjątkową wrażliwością na nowe w nauce prądy, bystro oceniając ich wartość i przewidując doniosłość.

Już to, co Ignacy Baranowski zdziałał u nas na polu lekarskiem, przez pół wieku krocząc na przedzie jako mistrz, jako nauczyciel w najobszerniejszem i najszlachetniejszem tego wyrazu znaczeniu, wystarczyłoby, aby wypełnić kilka pracowitych żywotów ludzkich, wystarczyłoby, aby zjednać cześć i wdzięczność współczesnych i potomnych. A przecież to dopiero jedna strona Jego czynów. Niemniej, niż lekarze wobec nauczyciela, jest całe społeczeństwo dłużnikiem Jego, jako obywatela.

Gdzie szło o myśl, mającą dla przyszłości narodu wydać owoce, gdzie trzeba było mądrej rady, pomocnej a ofiarnej ręki, gdzie był do spełnienia doniosły czyn, gdzie budowała się rzecz społeczeństwu pożyteczna, tam był zawsze Ignacy Baranowski. Każdej sprawie ogólnej przynosił w ofierze dobrą wiarę, gorące uczucie, wysoki hart ducha, przenikliwy rozum, wytrwałą wolę, umiejętność czynu, stopione w jeden kruszec miłością Ojczyzny. Jej-to złożone śluby muszą być najgłębszą treścią duszy Tego, kto takie wyznaje ideały: »Gdyby można jedną myśl, jedno dążenie tchnąć w całe społeczeństwo,... gdyby wszyscy stanąć umieli pod jedną chorągiew wspólnego dobra, gdyby ręka w rękę iść, wspólnie pracować chcieli!«

Długi jest poczet dzieł społecznych, które z Jego imieniem się wiążą, a niemniejszy podobno takich, gdzie dawał swą myśl i pracę bezimiennie, pozostawiając drugim tytuł zasługi, zrzekając się go, byle stała się rzecz potrzebna i dobra. Wszystkie policzy i zapisze kiedyś historya. A wśród nich wielkie miejsce wyznaczy trosce Jego o oświatę dla wszystkich i staraniom o podniesienie ruchu umysłowego i poziomu nauk, ukoronowanym przez założenie Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, którego On był głównym twórcą.

Naturalnym i zdrowym objawem był wyraz wdzięczności, składamy Mu przez społeczeństwo, była chęć uczczenia uroczystym obchodem jubileuszu Jego przed czterema laty, zaniechanym tylko na wyraźne Jego życzenie. Ale pragnienie złożenia zbiorowego hołdu Temu, co, jak mało kto u nas, czynami całego życia swego stwierdził, że Mu nie było »nil humani alienum«, Temu, który myślą i uczuciem, i mądrem przewidywaniem obejmował obecne i przyszłe narodu pokolenia, z nieodpartą powraca siłą. I w dniu jutrzejszym chyląc z czcią czoło przed wielką zasługą i wielką duszą, złączą się obie Wszechnice polskie z Towarzystwami naukowemi, złączą się najwyższe nasze instytucye naukowe z najszerszemi kołami społeczeństwa ze wszystkich trzech dzielnic naszych.

Tej czci obrazem wiernym i prawdziwym jest oto głos sędziwej Wszechnicy Jagiellońskiej:

»Dostojny Panie! Pół wieku ubiegło od początków Twej działalności, która niosła zawsze nietylko słowo, lecz i chleb dla społeczeństwa. I zbiegła się ta data osobista z inną, ogólniejszą, powstania Szkoły narodu, która przed laty pięćdziesięciu zajaśniała na krótko, aby jednak rzucić w dusze narodu szlachetne posiewy na lat szeregi. Należałeś do pokolenia, które kiedyś z zapałem młodzieńczym, miłością dla przeszłości i wiarą serdeczną w przyszłość chwyciło się pracy, zamierzającej odradzać to, co stłumionem zostało, nawiązywać węzły zerwane z dawnymi wiekami, torować drogi prawidłowego rozwoju myśli i słowu polskiemu. Jakiś powiew wiosenny i świeży żyźnił wtedy te prace i porywy. Niestety klęski i nieszczęścia podcięły niebawem zamiary społeczeństwa i trudy. Ale hasła wtedy rzucone nie zamarły. Więc z hasłami temi w duszy, kiedy wkrótce zaczęto niszczyć wszystko, co narodowi daje życie i zdrowie, podtrzymywałeś Ty wraz z innymi prześladowaną miłość, utrudnioną i hamowaną pracę, wyszydzaną nadzieję, stanąłeś w szeregu tych, co mimo wszelkich życia mozołów i czasów przeciwności ducha nie dadzą, rąk nie opuszczą. I ze zwiększonem poczuciem obowiązku i z tem przeświadczeniem, iż w braku instytucyi ludzie za instytucye stanąć powinni a zadanie ich wziąść na swe barki, zabrałeś się do nowego, upalnego trudu i znoju, którego cel i żniwo dalekie, lecz niemniej zobowiązują i wytykają drogi powinności i działania. Słowa rzymskiego Tacyta niech starczą za ocenę i pochwałę Twych

Adres Uniwersytetu krakowskiego skreślony piórem Prof. Kazimierza Morawskiego.

zachodów: Sciant quibus moris est illicita mirari, posse etiam sub malis principibus magnos viros esse, obsequiumque ac modestiam, si industria ac vigor adsint, eorum laudes excedere, qui plerique per abrupta, sed in nullum rei publicae usum, ambitiosa morte inclaruerunt.

Te słowa śle Ci, Dostojny Panie, na złote Twe gody ze służbą i zasługą Uniwersytet Jagielloński, dołączając życzenie, abyś wieczór życia przepędził w tem błogiem poczuciu, żeś zakonu strzegł i dochował, a w tej kojącej nadziei, iż siejba Twą ręką rzucona zejdzie i kiedyś narodowi owocne plony przyniesie«.

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jag.

O wpływie emanacyi radu na fagocytozę mikrobów.

Napisał

Prof. Dr. Karol Klecki.

I. Wstęp.

Od czasu gdy działanie różnych wód leczniczych, zwłaszcza t. zw. cieplic obojętnych, zaczęto przypisywać, często w znacznej nawet mierze, zawartej w tych wodach emanacyi radu, stosowanie tej emanacyi w lecznictwie coraz bardziej się rozpowszechnia, a piśmiennictwo lekarskie zyskało pokaźny szereg prac o leczniczem działaniu emanacyi radu. Natomiast podstawy fizyologiczne, na jakich każde racyonalne leczenie opierać się winno, są tutaj jeszcze bardzo mało opracowane, tak że wielu zagadnień z tej dziedziny zupełnie jeszcze nie wyjaśniono, a niektóre z tych zagadnień zaczęto poruszać dopiero w ostatnich czasach.

Dotychczasowe badania nad fizyologicznem działaniem emanacyi radu wskazują, że emanacya ta, przynajmniej w pewnych warunkach, jest czynnikiem, który działa zarówno na komórki ustrojów wyższych, jakoteż i na komórki bakteryjne.

Że emanacya radu działać może na komórki zwierzęce, wynika z doświadczeń Boucharda, P. Curie i Balthazarda, którzy stwierdzili, że emanacya ta, nie posiadająca naogół wybitnie toksycznych własności, jak to pokazało się przy sposobności doświadczeń leczniczych, może jednak w pewnych warunkach zatruć zwierzę, i to nawet śmiertelnie. Wynika to również z badań, jakie przeprowadzili Danysz, Schaper oraz Winterbert nad działaniem radu na organizmy rozwijające się; Winterbert znalazł przytem, że emanacya radu w pewnych dawkach przyśpiesza wzrost i rozwój kijanek żaby zielonej, a w wielkich dawkach działa na nie szkodliwie, a zatem że emanacya radu, podobnie jak inne bodźce fizyologiczne, zależnie od intensywności działania, może sprowadzić skutki różne, nawet wręcz sobie przeciwne.

Zdaniem Loewenthala działanie emanacyi radu na ustrój polega na aktywowaniu zaczynów wytwarzanych w komórkach.

Bezpośrednie działanie emanacyi radu na niektóre wyodrębnione komórki zwierzęce, mianowicie na ciałka czerwone krwi oraz na plemniki, badał London; znalazł on, że zarówno jedne, jak i drugie, ulegają pod wpływem emanacyi radu rozpuszczeniu.

Bouchard, P. Curie i Balthazard w powyżej przytoczonych badaniach znaleźli, że u zwierząt zatrutych emanacyą radu występuje leukopenia; z tego wynikałoby, że emanacya radu w dawkach toksycznych albo działa na ciałka białe krwi chemotaktycznie ujemnie, albo też, że może je nawet niszczyć.

Co się zaś tyczy działania emanacyi radu na mikroby, to jeden tylko autor, mianowicie Loewenthal, w niedawno ogłoszonej pracy twierdzi, że emanacya radu wogóle nie działa bakteryobójczo. Zresztą, począwszy od Danysza, wszyscy inni badacze, którzy zajmowali się tą kwestyą, doszli do wręcz przeciwnego wniosku. Von Baeyer, London, Dorn, Baumann i Valentiner, Goldberg, Dautwitz oraz Rheinboldt stwierdzili bakteryobójcze działanie emanacyi radu, i to nietylko na roztocze, ale i na różne mikroby chorobotwórcze, jakoto na prątki wąglika, duru, błonicy, przecinkowce cholery oraz zarazki tyfusu mysiego, zaś Bouchard i Balthazard znaleźli, że emanacya radu upośledza najsilniej zdolność wytwarzania barwika, a dopiero potem osłabia jadowitość, oraz upośledza, a nawet powstrzymuje zupełnie rozwój takich mikrobów, które wytwarzają barwik dyfundujący do otoczenia, że natomiast wybitnie zwalnia ona a względnie zatrzymuje rozwój mikrobów, które wytwarzają barwik ściśle związany z ich ciałem.

Już z tych badań nad działaniem emanacyi radu na mikroby wytwarzające barwik wynika, że emanacya radu nie na wszystkie mikroby działa jednakowo.

Sądząc z badań Suessa, prątki gruźlicy oraz drożdżaki nie są wrażliwe na działanie emanacyi radu. W doświadczeniach Suessa emanacya radu nawet w znacznem stężeniu i po dwudniowem działaniu nie wpływała ani na rozwój ani na jadowitość prątka gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, jak również na prątka gruźlicy zwierząt zimnokrwistych.

Z powyższego przedstawienia obecnego stanu nauki o działaniu fizyologicznem emanacyi radu widać, jak mało jeszcze poznano działanie tego czynnika na życie i czynności komórkowe. Pragnąc przyczynić się do rozjaśnienia tej tak ciemnej jak dotąd dziedziny, postanowiłem zbadać, czy i jaki wpływ wywiera emanacya radu na fagocytozę mikrobów. Obrałem jako przedmiot badania to właśnie zjawisko raz ze względu na wielką doniosłość fagocytozy, zwłaszcza w warunkach patologicznych, powtóre zaś dlatego, że wyraz morfologiczny, jaki rzeczone zjawisko posiada, czyni jego badanie łatwiejszem, niż badanie wielu innych przejawów życia komórkowego.

Ponieważ z dotychczasowych badań nad działaniem

fizyologicznem emanacyi radu niepodobna wysnuć żadnych wniosków co do tego, czy i jaki wpływ wywiera emanacya radu przy fagocytozie mikrobów, czy to na fagocyty, czy na mikroby, czy też na jedne i drugie, a zatem czy i jaki wpływ emanacya radu może wywierać na fagocytozę mikrobów, kwestyę tę mogły wyświetlić jedynie szczegółowe badania w tym przedmiocie.

Badania takie rozpocząłem w 1909 r., a niektóre wyniki tych badań przedstawiłem w wykładzie »O fizyologicznem i leczniczem działaniu radu« na I Zjeździe Internistów polskich w Krakowie w lipcu 1909 r. W 1910 r. przeprowadziłem nowy szereg doświadczeń, których wyniki potwierdziły w zupełności wyniki poprzednich moich doświadczeń, a nadto pozwoliły wejrzeć nieco głębiej w mechanizm spostrzeganych zjawisk.

W tymże 1910 r. ogłosił Reiter w nowo powstałem czasopiśmie »Centralblatt für Roentgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete« pracę w tym samym przedmiocie. Reiter badał wpływ emanacyi radu na fagocytozę samego tylko prątka gruźlicy. Z doświadczeń przeprowadzonych poza ustrojem wnosi on, że emanacya radu, jak się zdaje, wogóle potęguje pożeranie tego prątka przez ciałka krwi, w niektórych przypadkach aż do 30%; wnosi on jednak zarazem z tych samych doświadczeń, że w pewnych warunkach ten sam czynnik, jak się zdaje, może również chronić prątki gruźlicy od pożarcia ich przez fagocyty.

Reiter przypuszcza, że spotęgowanie fagocytozy prątków gruźlicy sprowadza tu nie osłabienie ich przez emanacyę radu, a raczej pobudzanie przez emanacyę fagocytów, woda nasycona emanacyą radu działa bowiem wogóle dodatnio na żywotność fagocytów. W doświadczeniach zaś przeprowadzonych na świnkach morskich, którym wstrzykiwał podskórnie wodę zawierającą emanacyę radu, Reiter nie mógł stwierdzić żadnej zmiany wskaźnika opsonicznego względem prątka gruźlicy, co przypisuje szybkiemu wydalaniu się emanacyi radu z ustroju, co odbywa się, jak to wiadomo z badań dawniejszych, głównie przez płuca.

Wyniki doświadczeń Reitera przeprowadzonych poza ustrojem nie zgadzają się z wynikami moich eksperymentów z prątkami gruźlicy, i to zarówno tych, które wykonałem przed moim komunikatem w r. 1909, jak również i tych, jakie przeprowadziłem później, a w których uwzględniłem takie właśnie szczegóły w sposobie badania, jakie rzeczoną niezgodność wyników ewentualnie mogłyby tłumaczyć. Już w pierwszych zatem badaniach nad wpływem emanacyi radu na fagocytozę mikrobów zachodzi sprzeczność co do działania tego czynnika na fagocytozę prątka gruźlicy. Okoliczność ta skłania mnie do przedstawienia całokształtu moich badań w tym przedmiocie.

II. Sposób badania.

Wpływ emanacyi radu na fagocytozę mikrobów badałem poza ustrojem zwierzęcym w przyrządzie, który specyalnie do tego celu zestawiłem.

Fagocyty otrzymywałem z jamy opłucnej królika. W przeddzień doświadczenia wstrzykiwałem do opłucnej królika 6—10 cm³ zawiesiny aleuronatu w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej w stosunku 3:40, przed samem zaś doświadczeniem, po skrwawieniu zwierzęcia wydobywałem nieco osadu powstałego w wysięku opłucnym, a składającego się przeważnie z ciałek białych i przenosiłem go do rozczynu fizyologicznego soli kuchennej zawierającego 0,2% cytrynianu sodu. Rozczyn ten podał Hekma jako dobrze nadający się do badań nad fagocytozą poza ustrojem, co na podstawie własnego doświadczenia mogę potwierdzić.

Tym rozczynem przemywałem ciałka zwykle trzykrotnie, poczem przemywałem je jeszcze raz jeden fizyologicznym rozczynem soli kuchennej nie zawierającym cytrynianu sodu i po odwirowaniu ich wprowadzałem je do probówki zawierającej kilka cm³ tegoż rozczynu; po dokładnem skłóceniu ciałka tworzyły w nim dosyć jednostajną zawiesinę.

Ze względu na różne działanie emanacyi radu na rozmaite mikroby, używałem w doświadczeniach niniejszych trzech gatunków mikrobów, mianowicie prątka okrężnicy, gronkowca ropotwórczego złotego oraz prątka gruźlicy ludzkiej. Nalot bakteryjny, zeskrobany z agaru zwykle 48-godzinnych hodowli prątka okrężnicy oraz gronkowca ropotwórczego, rozbijałem przez kłócenie w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej w próbówkach zawierających perełki szklane na jednostajną, lekko mętną zawiesinę mikrobów w rzeczonym rozczynie. Zawiesinę prątków gruźlicy, a względnie ich fragmentów otrzymywałem przez rozcieranie w moździerzu błon wyrosłych na bulionie z gliceryną z wyjałowionym piaskiem w rozczynie soli kuchennej. W pierwszych 4 doświadczeniach z prątkiem gruźlicy używałem 0,85% rozczynu soli, w dalszych zaś 6, idąc za przykładem Wrighta i Douglasa oraz Bullocha, używałem 0,1% rozczynu soli kuchennej, w którym według wymienionych autorów ma się zmniejszać skłonność prątka gruźlicy do zbierania się w kupki. W doświadczeniach niniejszych nie mogłem atoli stwierdzić wybitnej różnicy w tym względzie przy stosowaniu czy to jednego, czy drugiego z rzeczonych rozczynów soli. W zawiesinie prątków gruźlicy w każdym z tych rozczynów spotykałem wprawdzie tu i ówdzie prątki pozbijane w kupki, naogół jednak zawiesina prątków była i tu i tam dosyć jednostajna, co, jak sądzę, głównie zależy od dokładnego rozcierania błon bakteryjnych, tak że można było używać równie dobrze obu zawiesin do badania fagocytozy zawartych w nich prątków.

Otrzymaną w powyższy sposób zawiesinę mikrobów w rozczynie soli kuchennej wprowadzałem do probówki zawierającej ciałka białe, po dokładnem zaś wymieszaniu cieczy przenosiłem po kropelce tej mieszaniny do środkowego zagłębienia kilku, zazwyczaj 10 szkiełek przedmiotowych, którym przez uprzednie obcięcie boków nadano kształt mniej więcej kwadratowy ze względu na miejsce w przyrządzie, do którego później wstawiało się te szkiełka. W tych to kropelkach zawiesiny ciałek białych i mikrobów w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej badałem fagocytozę mikrobów pod wpływem emanacyi radu.

W każdem doświadczeniu badałem porównawczo pożeranie takich samych mikrobów przez ciałka białe pochodzące z tego samego źródła w ciągu tego samego czasu i w tych samych warunkach zewnętrznych raz w atmosferze zawierającej emanacyę radu, a równolegle w atmosferze wolnej od emanacyi. W tym celu umieszczałem po kilka, zazwyczaj po 5 szkiełek przedmiotowych z owemi kropelkami zawiesiny ciałek białych i mikrobów w zagłę-

bieniu środkowem zwróconemi ku dołowi, jedno nad drugiem, na szczeblach dwu specyalnie do tego celu sporządzonych podstawek metalowych w kształcie podwójnej drabinki, osadzonych na korkach szklanych. Ażeby uniknąć przesuwania się szkiełek z kropelkami, przytwierdzałem ich brzegi do szczebli drabinek zapomocą parafiny. Obie podstawki z przytwierdzonemi do nich szkiełkami wstawiałem do jednakowych słoików szklanych, zawierających po 100 cm^3 wody przekroplonej, której poziom nie dosięgał szkiełka najniżej na podstawce umieszczonego. Słoiki te zamykały się szczelnie dopasowanymi korkami kauczukowymi, przez które przechodziły 2 rurki szklane, służące do przepuszczania gazu przez ich wnętrze. Oba słoiki z ustawionemi w nich podstawkami ze szkiełkami wstawiałem do cieplarki o stałej ciepłocie 37^0. Obok cieplarki stały dwie jednakowe kolby Erlenmeyera. Jedna z nich zawierała źródło emanacyi radu, mianowicie rozczyn około 2 mg bromku radu w około 250 cm^3 przekroplonej wody. Rozczyn ten wypożyczył mi łaskawie prof. August Witkowski, za co składam mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie. Druga zaś kolba zawierała wodę przekroploną w tej samej ilości co pierwsza. Kolby te były również zamknięte korkami kauczukowymi z przeprowadzonemi przez nie rurkami, służącemi do przepuszczania powietrza przez ciecz zawartą w kolbach. Na górne w bok odgięte i lekko watą zatkane końce rurek, sięgających ponad dno tych naczyń, były nałożone rurki kauczukowe, zaopatrzone w zaciski; zaś rurki, odprowadzające gaz z kolb Erlenmeyera, były połączone zapomocą rurek szklanych i kauczukowych, przeprowadzonych przez otwór w bocznej ścianie cieplarki, ze słoikami, umieszczonymi w jej wnętrzu. Rurki, odprowadzające gaz z tych słoików, wyprowadzone poza cieplarkę, były połączone zapomocą rurki szklanej w kształcie litery Y z wodną pompą ssącą. Zarówno rurki szklane jakoteż i kauczukowe, służące do przeprowadzenia gazu przez obie połowy przyrządu, miały średnicę jednakową. Zapomocą zacisków, nałożonych na kauczukowe rurki służące do połączeń, można było każdą część powyżej opisanego przyrządu od innych części oddzielić, a zatem oddzielić atmosferę jego wnętrza od otoczenia.

Przez puszczenie w ruch pompy ssącej oraz otwarcie zacisków można było w powyższym przyrządzie przepuszczać równocześnie i równomiernie przez oba słoiki, w których na podstawkach leżały szkiełka z wiszącemi na nich kropelkami, zawierającemi ciałka białe oraz mikroby, powietrze, które wchodziło do jednego słoika po uprzedniem staniu w ciągu dłuższego czasu nad rozczynem soli radowej, a względnie które przechodziło przez ten rozczyn, a zatem powietrze zawierające emanacyę radu, do drugiego zaś słoika powietrze, które uprzednio stało nad wodą przekroploną, a względnie przechodziło przez tę wodę, a zatem powietrze, równie wilgotne jak pierwsze, lecz nie zawierające emanacyi rudu.

W słoiku, przez który przechodziło powietrze zawierające emanacyę radu, emanacya w części rozpuszczała się w wodzie, która ją potem oddawała do stojącego nad nią powietrza, w części zaś przechodziła odrazu do powietrza, stanowiącego atmosferę wnętrza danego słoika. Dzięki dokładnej regulacyi przyrządu zapomocą zacisków można było przepuszczać równocześnie przez oba słoiki w jednostce czasu jednakową ilość baniek gazu, których wielkość przy jednakowem świetle odpowiednich rurek szklanych i kauczukowych była jednakowa. Wobec tego prąd powietrza w obu słoikach był jednakowy, przytem stopień jego wilgotności oraz jego ciepłota były również jednakowe, a jedyna różnica polegała na tem, że w jednym słoiku powietrze oraz znajdująca się pod niem woda zawierały emanacyę radu, a w drugiem powietrze i woda emanacyi nie zawierały.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, kropelki cieczy, w której odbywała się fagocytoza mikrobów, były zawieszone na dolnej powierzchni szkiełek przedmiotowych. Cel tego urządzenia był taki, ażeby ciałka białe i mikroby, zbierając się w niżej położonych częściach kropelek, były jaknajlepiej wystawione na działanie emanacyi radu, która w ten sposób dochodziła do nich już po przejściu przez bardzo cienką warstwę cieczy.

W doświadczeniach niniejszych było oczywiście rzeczą pożądaną. ażeby ilość emanacyi radu w atmosferze, w której odbywała się fagocytoza mikrobów, była wiadomą i we wszystkich analogicznych doświadczeniach mniej więcej jednakową.

Dokładne oznaczenie emanacyi w powietrzu słoika, przez który emanacya przechodziła, w doświadczeniach tych ze względów technicznych nie było możliwe; trzeba było przeto ograniczyć się do oznaczenia ilości emanacyi nagromadzonej w zawartej w słoiku wodzie, przez którą emanacya przechodziła i z której uchodziła do powietrza, otaczającego szkiełka z kropelkami cieczy, w której ciałka białe pożerały mikroby. Z oznaczeń takich pokazało się, że po przepuszczeniu powietrza, zawierającego emanacyę radu w ciągu jednej godziny przez wodę w słoiku z szybkością 60—100 baniek gazu na minutę, woda ta zawierała około 1000000 jednostek emanacyjnych*) w 1 litrze, oraz że mniej więcej taką samą ilość emanacyi zawierała ta woda przy takiem samem przepuszczaniu emanacyi przez wnętrze słoika, gdy przepuszczanie to trwało tylko 10 lub 15 minut, i to nawet wówczas, gdy tych oznaczeń emanacyi radu, a względnie doświadczeń, w których czerpano emanacyę z tego samego rozczynu soli radowej, dokonywano dzień po dniu, raz na dzień.

Ilość emanacyi radu we wodzie słoika, przez który ją przepuszczałem, oznaczałem zapomocą fontaktoskopu Englera i Sievekinga. Jako przykład przytoczę następujące dwa oznaczenia.

1. Po przepuszczaniu emanacyi radu przez wodę w ciągu 1 godziny.

(Obacz tablicę 1. na stronie 288),

Spadek potencyału w 100 cm^3 wody		122760	woltów
Czynność pozostała (22332.6×1.1	—	24565·9	»
		98194·1	»
Utrata absorpcyjna (2⁰/₀)	+	1963·9	»
		100158·0	»
Utrata normalna	—	53·4	»
		100104·6	»
W 1 litrze		100104·6	jednostek emanacyjnych.

*) Ilość jednostek emanacyjnych odpowiada ilości woltów spadku potencyału po upływie 1-ej godziny.

Tabl. 1.

1. II. 1909.	Czas	Przeciąg czasu	Opadanie listków elektroskopu	Spadek potencyału woltów	Spadek potencyału po upływie 1 godziny woltów
Utrata normalna	12 h. 20 m. 12 h. 30 m.	10'	12+12 = 24 11+11.3 = 22.3	165.6 156.7	8.9 × 6 = 53.4
Utrata w 100 cm³ wody	12 h. 37 m. 12 h. 37 m. 4 s.	4''	16+16 = 32 3+3 = 6	200.1 63.7	136.4 × 900 = 122760
Czynność pozostała	12 h. 52 m. 12 h. 52 m. 14 s.	14''	13+13 = 26 4+4.5 = 8.5	175.6 88.7	86.9 × 257 = 22332.6

Tabl. 2.

2. VII. 1909.	Czas	Przeciąg czasu	Opadanie listków elektroskopu	Spadek potencyału woltów	Spadek potencyału po upływie 1 godziny woltów
Utrata normalna	1 h. 11 m. 1 h. 21 m.	10'	16+17 = 33 15.5+14.5 = 30	209.6 192.8	6.8 × 6 = 40.8
Utrata w 100 cm³ wody	1 h. 35 m. 1 h. 35 m. 27 s.	27''	15+14 = 29 5+6 = 11	188.6 97.8	$90.8 \times \frac{3600}{27} = 12106$
Czynność pozostała	1 h. 55 m. 2 h.	5'	16.5+16.5 = 33 7+6.5 = 13.5	203.4 111.0	92.4 × 12 — 1108.8

2. Po przepuszczaniu emanacyi radu przez wodę w ciągu 10 minut.

(Obacz tablicę 2. w sąsiedniej szpalcie).

Spadek potencyału w 10 cm³ wody	12106	woltów
Czynność pozostała (1108·8×1·1)	— 1219·68	»
	10886·32	»
Utrata absorpcyjna (2%)	+ 217·73	»
	11104·05	»
Utrata normalna	— 40·8	»
	11053·25	»

W 1 litrze 11053·25 jednostek emanacyjnych.

Nasycenie emanacyą radu wody w słoiku, w którym odbywała się fagocytoza mikrobów, było zatem znaczne. Odpowiadało ono prawie zupełnie tej ilości emanacyi, jaką zawiera woda otrzymywana z t. zw. emanatorów, którą podaje się do picia w celach leczniczych.

Wobec tego, że woda w słoiku już po przepuszczaniu przez nią emanacyi radu w ciągu 10 minut zawierała ją w ilości około 1000000 jednostek emanacyjnych w 1 litrze, przepuszczałem w doświadczeniach niniejszych emanacyę radu przez wnętrze słoika ze szkiełkami w ciągu 10 lub 15 minut, poczem oddzielałem zapomocą nałożonych na rurki zacisków atmosferę wnętrza obu słoików od otoczenia i pozostawiałem słoiki w cieplarce jeszcze przez 30 lub 45 minut. Jest to przeciąg czasu zupełnie wystarczający w danych warunkach do wystąpienia wyraźnej fagocytozy. Po upływie tego czasu, po rozłączeniu słoików wyjmowałem je z cieplarki, otwierałem je i sporządzałem z kropelek cieczy, w której odbywała się fagocytoza, trwałe preparaty mikroskopowe, zazwyczaj w liczbie 10 z każdej cieczy. Preparaty z cieczy wziętej ze szkiełek umieszczonych w obu słoikach ustalałem i barwiłem jednocześnie i to zupełnie jednakowo. Preparaty z cieczy, w której odbywała się fagocytoza prątka okrężnicy lub gronkowca, barwiłem błękitem metylenowym lub fioletem gencyanowym, preparaty zaś z cieczy, w której odbywała się fagocytoza prątka gruźlicy, barwiłem we właściwy sposób fuksyną karbolową i podbarwiałem błękitem metylenowym.

Preparaty mikroskopowe badałem wkrótce po ich sporządzeniu. Preparaty z cieczy wystawionej na działanie emanacyi radu oraz preparaty z odpowiedniej cieczy kontrolnej badałem zawsze w ciągu jednego i tego samego dnia, zwykle bezpośrednio jedne po drugich.

Dokładne określenie stopnia czy intensywności fagocytozy mikrobów w cieczy zawierającej ciałka białe otrzymane z jamy ciała, do której się je w wielkiej ilości sztucznie sprowadziło, nie jest zadaniem łatwem. Według metodyki, jaką podał Wright dla oznaczenia t. zw. wskaźnika fagocytozy we krwi, wystarcza oznaczyć ilość mikrobów pożartych przez 20 fagocytów, jakie przy badaniu preparatu z kolei się nasuwają. Przeciwko takiemu oznaczaniu wskaźnika fagocytozy słusznie wystąpił Sauerbeck. Podnosi on, że takie oznaczanie jest bardzo niedokładne, głównie dlatego, że pożeranie mikrobów przez fagocyty, nawet będące w preparacie obok siebie, jest zazwyczaj bardzo nierównomierne, tak że przy zliczaniu mikrobów pożartych tylko przez 20 fagocytów powstają poważne błędy; przytem jeśli fagocytoza jest silna, tak że we fagocytach spotyka się więcej niż po 10 mikrobów, dokładne oznaczenie

ich liczby w ciałku białem staje się bardzo trudnem, albo nawet zupełnie niemożliwem; jeżeli zaś fagocytoza jest słaba, oznaczenie ilości mikrobów pożartych przez 20 fagocytów wiedzie również do znacznych błędów. Według Sauerbecka przy oznaczaniu ilości mikrobów pożartych przez 20 fagocytów błąd dochodzi do 30%, przy oznaczeniu tej ilości w 60 fagocytach wynosi on około 10%, a przy oznaczeniu jej w 120 fagocytach tylko 5%. Dlatego Sauerbeck żąda, by w takich badaniach oznaczać ilość mikrobów pożartych przez 100 ciałek białych, zwłaszcza gdy fagocytoza jest w preparacie niejednostajna, a względnie gdy ciałka białe nie są równomiernie rozdzielone w preparacie, a leżą w kupkach po kilka lub więcej.

W badaniach niniejszych oznaczałem w każdem doświadczeniu ilość pożartych mikrobów w 80—300, najczęściej w 200—240 fagocytach, i to zarówno w cieczy wystawionej na działanie emanacyi radu, jakoteż i w cieczy kontrolnej, mianowicie oznaczałem liczbę pożartych mikrobów w 20 fagocytach w każdym preparacie, a preparatów sporządzałem z każdej cieczy zazwyczaj około 10; w niektórych tylko doświadczeniach, czy to z powodu braku materyału na większą ilość preparatów, czy to dlatego, że nie wszystkie preparaty wypadły bez zarzutu, trzeba było ograniczyć się do zbadania mniejszej ilości preparatów.

Przy zliczaniu zaś pożartych przez fagocyty mikrobów uwzględniałem jeszcze następujące okoliczności.

Jakkolwiek przy przygotowywaniu zawiesiny ciałek białych i mikrobów w rozczynie soli starałem się uzyskać możliwie równomierne ich pomieszanie w cieczy, to jednak niezawsze udawało się to w zupełności. Dlatego też przy zliczaniu mikrobów pożartych przez fagocyty wybierałem w preparatach mikroskopowych takie miejsca, w których ciałka białe leżały nie pozbijane w kupki, a w ich otoczeniu leżały mikroby, mniej więcej równomiernie wśród ciałek rozdzielone. Dalej starałem się uwzględniać przy tem badaniu tylko takie ciałka, z których wejrzenia można było wnosić, że są w stanie prawidłowym. Nie będę na tem miejscu omawiać szczegółowo kryteryów, jakie mamy do oceny prawidłowości ciałek białych, gdy badamy wysięk, zawierający znaczną liczbę tych ciałek, wśród których znajdują się ciałka różnego nietylko gatunku ale i wieku, a nadto ciałka mniej lub więcej uszkodzone, okazujące różne zmiany wsteczne. Zaznaczę tylko, że przy pewnem doświadczeniu w takiem badaniu można wcale dokładnie zdawać sobie sprawę ze stanu badanego ciałka, uwzględniając jego kształt, zabarwienie, budowę protoplasmy oraz zachowanie się jądra. W badaniach niniejszych pewne ułatwienie w tym względzie stanowiła okoliczność, że fagocytoza była naogół słabego lub miernego tylko stopnia, a przytem trwała niedługo, tak, że ciałek znacznie uszkodzonych, a względnie rozpadających się lub rozpadłych wskutek szkodliwego zadziałania na nie wytworów pożartych mikrobów spotykało się bardzo mało.

W doświadczeniach, w których ciałka białe pożerały prątka okrężnicy oraz gronkowca, uwzględniałem przy zliczaniu mikrobów pożartych przez fagocyty tylko wielojądrzaste neutrofile. W tych zaś doświadczeniach, w których odbywała się fagocytoza prątka gruźlicy, uwzględniałem nastręczające się z kolei zarówno ciałka wielojądrzaste, jakoteż i jednojądrzaste makrofagi, które, jak wiadomo, pożerają prątki gruźlicy.

Według Wrighta i Douglasa przy pożeraniu mikrobów przez fagocyty opsoniny tak wielką odgrywają rolę, że bez ich zadziałania na mikroby fagocytoza wogóle nie występuje. Pogląd ten potwierdza Sauerbeck co do paciorkowców, których fagocyty w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej mają zupełnie nie pożerać. Natomiast Sawczenko, Barykin i Majkow podają, że ciałka białe zwierząt ciepłokrwistych, dokładnie przemyte, a zatem uwolnione od wszelkich ciał, jakie ciekłe ich środowisko mogło zawierać, pożerają w środowisku izotonicznem z sokami ustroju różne mikroby, oraz cząsteczki węgla i ziarna karminu, nie pożerają zaś ciałek czerwonych jednogatunkowych, a zwłaszcza różnogatunkowych.

Na podstawie własnych moich doświadczeń przyszedłem do przekonania, że do pożerania niektórych przynajmniej mikrobów opsoniny nie są niezbędne; w doświadczeniach niniejszych ciałka białe pożerały bowiem prątki okrężnicy, gronkowce oraz prątki gruźlicy, jak również ziarna karminu nawet wówczas, gdy ciałka były dokładnie przemyte, a środowisko, w którem odbywała się fagocytoza, stanowił fizyologiczny rozczyn soli. W szeregu doświadczeń, w których badałem fagocytozę prątka okrężnicy oraz prątka gruźlicy, a których wyniki niżej podaję, pokazało się jednak, że dodanie do zawiesiny ciałek białych i mikrobów w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej przed wystawieniem jej na działanie emanacyi radu surowicy zwierzęcia, od którego pochodziły ciałka białe w ilości odpowiadającej ilości zawiesiny ciałek białych, potęgowało, jak to było do przewidzenia, fagocytozę mikrobów, która w samym tylko rozczynie soli kuchennej była zwykle stosunkowo słaba. Atoli i w tych doświadczeniach, w których fagocytoza odbywała się w środowisku nie zawierającem opsonin, była ona dostatecznie silną na to, by wpływ emanacyi radu na badane zjawisko mógł był wyraźnie się zaznaczyć.

III. Sprawozdanie z doświadczeń i ich wynik.

Z pośród 28 doświadczeń, jakie w badaniach niniejszych ogółem wykonałem, w 22 doświadczeniach badałem fagocytozę mikrobów w środowisku, zawierającem emanacyę radu. W 10 z tych doświadczeń badałem pożeranie prątka okrężnicy; we wszystkich tych doświadczeniach fagocytoza odbywała się w środowisku nie zawierającem surowicy, w 2 zaś z tych doświadczeń odbywała się ta sprawa nadto w środowisku, do którego dodano uprzednio nieco surowicy. W 2 doświadczeniach badałem pożeranie gronkowca ropotwórczego złotego w środowisku nie zawierającem surowicy, a w 10 innych fagocytozę prątka gruźlicy ludzkiej, przyczem w 6 doświadczeniach z tym prątkiem fagocytoza odbywała się zarówno w samym rozczynie soli kuchennej, jak również w takim samym rozczynie z dodatkiem surowicy krwi zwierzęcia, z którego pochodziły fagocyty.

Dla przedstawienia nierównomierności, z jaką fagocyty w danych warunkach pożerały mikroby, co czyniło koniecznem zliczanie mikrobów w plasmie wielkiej ilości

fagocytów w każdem doświadczeniu, przytaczam następujące liczby wyjęte z protokołów 2 doświadczeń.

Doświadczenie dnia 14. V. 1909. Fagocytoza prątka okrężnicy.

a) pod wpływem emanacyi radu.

Preparaty	Ilość mikrobów pożartych przez poszczególne fagocyty.																				Razem
I.	0	1	5	0	4	2	4	4	2	1	0	1	0	1	1	2	1	0	0	1	30
II.	2	1	4	2	7	3	0	2	4	0	0	4	2	1	0	3	0	2	0	5	42
III.	0	2	0	4	0	0	0	1	0	4	2	3	1	1	2	0	1	0	4	0	25
IV.	0	1	0	3	2	8	0	2	1	2	3	2	1	1	0	1	0	0	0	2	29
V.	0	3	0	0	0	1	0	3	4	1	2	3	3	0	2	4	2	3	3	0	34
VI.	0	2	3	5	0	6	3	0	2	4	1	0	8	0	2	0	3	1	0	2	42
VII.	0	0	0	8	0	1	0	3	3	2	0	1	3	0	0	1	2	3	0	1	27
VIII.	3	5	3	0	1	0	4	4	0	4	0	1	0	4	4	1	6	1	2	2	45
IX.	0	1	4	3	0	2	5	1	0	0	0	0	2	2	1	0	1	3	0	0	25
X.	3	2	4	0	1	3	5	1	1	3	5	2	1	5	2	0	4	1	4	0	47

W 200 fagocytach 346 mikrobów Razem 346
W 100 fagocytach 173 mikrobów

b) W cieczy kontrolnej.

Preparaty	Ilość mikrobów pożartych przez poszczególne fagocyty.																				Razem
I.	0	0	9	0	0	1	4	0	2	0	0	2	1	1	0	1	2	3	0	0	26
II.	0	2	0	2	2	1	0	1	1	3	1	1	6	1	4	0	2	1	0	2	30
III.	4	0	1	2	1	2	4	0	0	0	1	0	0	4	0	2	0	2	2	0	25
IV.	2	0	3	1	2	4	2	2	1	2	2	1	0	0	1	5	2	0	2	0	32
V.	0	1	2	0	2	1	2	1	0	2	1	5	2	0	0	2	1	2	1	1	26
VI.	2	0	0	1	1	1	3	0	1	3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	23
VII.	0	1	4	6	0	3	6	2	4	0	0	2	0	1	0	4	2	3	0	1	37
VIII.	0	1	0	1	3	0	0	1	0	5	0	2	3	1	1	0	0	2	1	3	24
IX.	4	2	0	0	2	1	2	0	1	0	1	2	2	2	1	2	0	2	2	0	26
X.	11	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	3	2	1	2	1	0	4	28

W 200 fagocytach 277 mikrobów Razem 277
W 100 fagocytach 139 mikrobów

Fagocytoza mikrobów była więc w tem doświadczeniu silniejszą pod wpływem emanacyi radu, niż w cieczy kontrolnej w stosunku 173:139, wskaźnik fagocytozy pod wpływem emanacyi radu (w porównaniu z fagocytozą w cieczy kontrolnej) wynosił zatem w tem doświadczeniu 1·25.

Doświadczenie d. 23. VI. 1909. Fagocytoza prątka gruźlicy

a) pod wpływem emanacyi radu.

Preparaty	Ilość mikrobów pożartych przez poszczególne fagocyty																				Razem
I.	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	6
II.	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	13
III.	1	0	1	0	1	3	2	1	0	2	3	1	0	0	0	3	0	1	0	1	20
IV.	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	6	0	0	1	15
V.	2	0	1	0	1	1	6	0	0	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	19
VI.	0	0	1	1	1	0	0	5	0	0	1	0	1	1	3	1	0	1	0	3	19
VII.	0	0	1	2	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	3	0	1	3	0	15
VIII.	0	0	0	1	1	3	1	2	5	0	6	0	1	1	0	0	0	0	3	0	24
IX.	0	0	0	1	1	2	1	1	2	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	1	14
X.	1	0	0	2	1	2	5	1	4	3	4	0	1	1	2	1	0	0	0	1	29

W 200 fagocytach 174 mikrobów Razem 174
W 100 fagocytach 87 mikrobów

b) w cieczy kontrolnej.

Preparaty	Ilość mikrobów pożartych przez poszczególne fagocyty.																				Razem
I.	2	1	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	6	0	2	2	3	9	0	0	29
II.	0	1	1	1	0	1	1	0	2	0	3	4	1	2	2	8	1	1	0	1	30
III.	2	1	2	1	0	1	7	6	0	0	0	1	0	1	1	4	0	0	0	0	27
IV.	0	0	0	3	1	1	7	6	3	1	2	1	3	2	1	6	0	0	0	1	39
V.	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	0	3	1	1	0	18
VI.	1	1	4	0	0	1	2	1	1	1	1	0	1	2	0	0	2	1	1	0	20
VII.	4	0	1	2	3	3	1	0	1	0	1	0	0	3	0	1	1	1	4	1	27
VIII.	0	1	1	0	1	1	3	2	0	0	6	1	2	0	1	1	2	1	0	1	24
IX.	0	1	1	0	0	0	1	8	0	0	0	0	2	2	0	9	0	1	0	0	25
X.	1	3	0	4	1	2	7	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	5	28

W 200 fagocytach 267 mikrobów Razem 267
W 100 fagocytach 133 mikrobów

Fagocytoza mikrobów była w tem doświadczeniu pod wpływem emanacyi radu słabsza niż w cieczy kontrolnej w stosunku 87:133, czyli wskaźnik fagocytozy wynosił tu 0·65.

W następujących dwu tablicach podaję wyniki powyżej przytoczonych 22 doświadczeń. Zestawiłem w nich liczby zbadanych w każdem doświadczeniu fagocytów, ilość zawartych w nich mikrobów, ilość pożartych mikrobów, jaka w każdem doświadczeniu wypada z obliczenia na 100 fagocytów oraz wskaźnik fagocytozy, określający stopień jej zwiększenia czy zmniejszenia się pod wpływem emanacyi radu w porównaniu z jej siłą w cieczy kontrolnej.

W 2 ostatnich doświadczeniach z prątkiem okrężnicy i w 6 ostatnich doświadczeniach z prątkiem gruźlicy podaję pod a) liczby otrzymane w przypadku, gdy fagocytoza odbywała się w środowisku, nie zawierającem surowicy, a pod b) liczby analogiczne otrzymane w przypadku, gdy fagocytoza odbywała się w środowisku, zawierającem surowicę krwi.

Doświadczenia z prątkiem gruźlicy.

Liczba doświadczenia	Pod wpływem emanacyi radu		W cieczy kontrolnej		W 100 fagocytach mikrobów		Wskaźnik fagocytozy
	Zbadanych fagocytów	W nich mikrobów	Zbadanych fagocytów	W nich mikrobów	Pod wpływem emanacyi radu	W cieczy kontrolnej	
XIII.	200	174	200	267	87	132	0.65
XIV.	200	293	200	346	156	173	0.90
XV.	200	148	200	191	74	95	0.78
XVI.	200	187	200	277	94	138	0.68
XVII. b)	180	327	180	321	182	178	1.02
XVIII. a)	200	133	160	162	67	100	0.67
XVIII. b)	240	257	240	396	107	165	0.65
XIX. a)	200	178	160	186	89	116	0.77
XIX. b)	200	343	120	185	171	155	1.10
XX. a)	240	453	240	722	189	301	0.63
XX. b)	240	705	240	744	294	310	0.95
XXI. a)	120	88	200	203	73	100	0.73
XXI. b)	240	260	80	174	108	217	0.50
XXII. a)	120	79	240	155	66	64	1.03
XXII. b)	240	201	280	340	84	121	0.69

Z powyższego zestawienia widać, że we wszystkich doświadczeniach, w których ciałka białe pożerały prątki okrężnicy lub gronkowca ropotwórczego złotego, fagocytoza pod wpływem emanacyi radu wzmagała się, zwłaszcza zaś w tych doświadczeniach z prątkiem okrężnicy, w których środowisko zawierało surowicę krwi. W 10 doświadczeniach z prątkiem okrężnicy, w których fagocytoza odbywała się w środowisku, nie zawierającem surowicy, wskaźnik fagocytozy pod wpływem emanacyi radu wahał się od 1·10 do 2·18 i wypadł w przecięciu 1·38, w 2 doświadczeniach, w których środowisko zawierało surowicę, wynosił on 3·00 i 4·26, w przecięciu 3·63 i w 2 doświadczeniach z gronkowcem ropotwórczym złotym wskaźnik fagocytozy pod wpływem emanacyi radu wynosił 1·14 i 1·42, w przecięciu 1·28.

Wynik doświadczeń z prątkiem gruźlicy nie był tak zupełnie stały, jak wynik doświadczeń poprzednio przytoczonych. W 3 bowiem przypadkach wskaźnik fagocytozy wypadł tu 1·02, 1·10 i 1·03, co wskazywałoby na wzmożenie fagocytozy w tych przypadkach, atoli wzmożenie tak małe, iż niewątpliwie leży ono, conajmniej w pierwszym i trzecim z tych przypadków w granicach błędów, jakich przy obliczaniu mikrobów nawet w większej ilości fagocytów uniknąć nie można. W pozostałych zaś doświadczeniach z prątkiem gruźlicy emanacya radu osłabiała fagocytozę. W 8 doświadczeniach, w których środowisko nie zawierało surowicy, wskaźnik fagocytozy pod wpływem ema-

Doświadczenia z prątkiem okrężnicy i gronkowcem ropotwórczym złotym.

Gatunek mikroba	Liczba doświadczenia	Pod wpływem emanacyi radu		W cieczy kontrolnej		W 100 fagoc. mikrobów		Wskaźnik fagocytozy
		Zbadanych fagocytów	W nich mikrobów	Zbadanych fagocytów	W nich mikrobów	Pod wpływem emanacyi radu	W cieczy kontrolnej	
Prątek okrężnicy.	I.	200	170	200	149	85	75	1.13
	II.	160	143	160	106	89	77	1.16
	III.	200	346	200	277	173	139	1.25
	IV.	180	298	200	225	167	112	1.40
	V.	180	145	200	130	81	65	1.24
	VI.	100	55	100	50	55	50	1.10
	VII.	300	227	280	146	76	52	1.47
	VIII.	240	134	120	45	56	38	1.46
	IX. a)	240	414	240	190	172	79	2.18
	IX. b)	240	511	200	141	213	71	3.00
	X. a)	240	376	240	258	157	108	1.45
	X. b)	240	469	200	86	183	43	4.26
Gronkowiec ropotwórczy złoty	XI.	160	89	120	59	56	49	1.14
	XII.	180	401	200	313	223	157	1.42

nacyi radu wahał się pomiędzy 0·63 i 0·90, a w przecięciu wypadł on 0·73, w 4 zaś doświadczeniach, w których środowisko zawierało surowicę, wskaźnik fagocytozy wahał się od 0·50 do 0·95, a w przecięciu wypadł 0·70.

Jakkolwiek z wyjątkiem tych 2 doświadczeń z prątkiem okrężnicy, w których środowisko fagocytów i mikrobów zawierało surowicę i w których fagocytoza pod wpływem emanacyi radu znacznie się spotęgowała, emanacya radu w doświadczeniach niniejszych na fagocytozę mikrobów wogóle niezbyt silnie działała, gdyż zwiększała ją, a względnie zmniejszała w przecięciu o mniej więcej 30%, to jednak stałość, z jaką potęgowała pożeranie prątka okrężnicy i gronkowca ropotwórczego złotego, oraz wielka częstość, z jaką osłabiała pożeranie prątka gruźlicy, wskazują, że wyniku tych doświadczeń nie można uważać za przypadkowy, czy leżący w granicach błędów popełnianych przy zliczaniu mikrobów pożartych przez fagocyty, zwłaszcza, jeśli się uwzględni ilość fagocytów, jakie w każdem z powyższych doświadczeń w tym kierunku badałem, oraz już wyżej przytoczone okoliczności, na które zwracałem uwagę przy tem badaniu.

Stwierdziwszy spotęgowanie się fagocytozy prątka okrężnicy oraz gronkowca ropotwórczego pod wpływem emanacyi radu, należało zbadać, od czego zmiana ta zależy, a zatem należało przedewszystkiem zbadać, czy zmiana ta jest skutkiem działania emanacyi radu na fagocyty, czy na pożerane przez nie mikroby, czy wreszcie na jedne i drugie.

W tym celu wykonałem 4 dalsze doświadczenia, w których poddawałem działaniu emanacyi radu w powyżej opisanym przyrządzie przez taki sam przeciąg czasu, jak w poprzednich doświadczeniach, poszczególnie zawiesinę ciałek białych w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, oraz zawiesinę prątków okrężnicy w tym samym rozczynie, do których stale dodawałem był surowicę zwierzęcia, z którego pochodziły użyte w doświadczeniu fagocyty w ilości odpowiadającej ilości zawiesiny ciałek białych; potem dopiero dodawałem do ciałek białych, które były wystawione na działanie emanacyi radu, mikroby, a do mikrobów, wystawionych na działanie emanacyi radu, ciałka białe. Ciecz, w której odbywała się fagocytoza, składała się w tych doświadczeniach zwykle z 6 kropel zawiesiny ciałek białych, tyluż kropel surowicy krwi, oraz 3 kropel zawiesiny mikrobów w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej. Oczywiście w każdem z tych doświadczeń, podobnie jak we wszystkich innych, obok doświadczenia właściwego, przeprowadzałem równolegle doświadczenie kontrolne.

W następującej tablicy zestawiłem wyniki tych doświadczeń. W każdem doświadczeniu pod a) podaję liczby otrzymane w przypadku, gdy emanacya radu działała na ciałka białe, a pod b) liczby otrzymane w przypadku, gdy emanacya radu działała na mikroby.

Doświadczenia z prątkiem okrężnicy.

Liczba doświadczenia		Pod wpływem emanacyi radu		W cieczy kontrolnej		W 100 fagocytach mikrobów		Wskaźnik fagocytozy
		Zbadanych fagocytów	W nich mikrobów	Zbadanych fagocytów	W nich mikrobów	Pod wpływem emanacyi radu	W cieczy kontrolnej	
XXIII.	a)	240	771	240	144	354	60	5.90
	b)	240	239	240	167	100	70	1.43
XXIV.	a)	240	249	240	106	100	44	2.27
	b)	240	119	240	88	49	37	1.32
XXV.	a)	240	250	160	49	100	21	4.76
	b)	240	122	240	62	51	26	1.96
XXVI.	a)	240	110	240	78	46	33	1.39
	b)	240	96	240	64	40	27	1.48

We wszystkich więc doświadczeniach tych, w których emanacya radu działała czy to na ciałka białe, czy na mikroby, fagocytoza była stale wzmożona, niekiedy bardzo wybitnie. W 3 z tych doświadczeń fagocytoza była przytem znacznie silniej wzmożona wówczas, gdy emanacya działała na fagocyty, niż wówczas, gdy działała na mikroby, w jednem zaś doświadczeniu spotęgowanie fagocytozy w obu przypadkach było mniej więcej jednakowe. Wskaźnik fagocytozy w doświadczeniach, w których emanacya działała na fagocyty, wynosił w przecięciu 3·83, w tych zaś doświadczeniach, w których emanacya radu działała na mikroby, tylko 1·55. Doświadczenia tę wskazują zatem, że wzmożenie fagocytozy prążka okrężnicy pod wpływem emanacyi radu pochodzi głównie z działania jej na fagocyty, a w znacznie mniejszym stopniu z działania jej na pożerane mikroby.

Że emanacya radu, działając bezpośrednio na fagocyty, może pobudzać je do większej żarłoczności, wskazują także 2 doświadczenia, jakie przeprowadziłem zupełnie tak samo, jak doświadczenia z mikrobami, z fagocytozą ziaren karminu. W doświadczeniach tych do rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, w którym odbywała się fagocytoza, nie dodawałem surowicy krwi. Pomimo, że używałem dość rzadkiej zawiesiny karminu, ażeby uniknąć brylenia się jego ziaren, a tem samem, ażeby fagocyty mogły pożerać przeważnie pojedynczo leżące ziarna karminu, w wielu ciałkach białych ilość pożartych ziaren była tak wielka, że dokładne zliczenie ich w poszczególnych ciałkach było niemożliwe. W doświadczeniach tych musiałem przeto ograniczyć się do oznaczenia w szeregu ciałek, które z kolei się nasuwały, ilości tych ciałek, w których protoplasmie znajdowały się wogóle ziarna karminu, bez względu na liczbę ziaren, oraz ilość ciałek ziaren karminu nie zawierających, jakkolwiek ziarna te leżały wolno w pobliżu danych fagocytów. Tego samego sposobu, zresztą znacznie mniej dokładnego, niż ten, jaki stosowałem w doświadczeniach z mikrobami, użył Keith w badaniach nad związkiem, jaki zachodzi pomiędzy hemolizą a fagocytozą ciałek czerwonych krwi. Wyniki doświadczeń tych widać w następującej tablicy.

Doświadczenia z ziarnami karminu.

Liczba doświadczenia	Pod wpływem emanacyi radu		W cieczy kontrolnej		W 100 fagocytach mikrobów		Wskaźnik fagocytozy
	Zbadanych fagocytów	W nich mikrobów	Zbadanych fagocytów	W nich mikrobów	Pod wpływem emanacyi radu	W cieczy kontrolnej	
XXVII.	160	124	200	129	77	65	1.18
XXVIII.	200	136	180	108	68	60	1.13

Wskaźnik fagocytozy był przeto w tych dwu doświadczeniach w przecięciu 1·15, a zatem spotęgowanie fagocytozy w doświadczeniach tych wogóle było nieznaczne. Uwzględniając przytem tę okoliczność, że ścisłość badania była w tych doświadczeniach mniejsza, niż w doświadczeniach poprzednich, należy zauważyć, iż wynik tych doświadczeń tylko z pewnem do prawdy podobieństwem może stanowić potwierdzenie faktu, na jaki wskazują doświadczenia przeprowadzone z mikrobami, mianowicie, że emanacya radu przy tem natężeniu działania, jakie we wszystkich doświadczeniach w badaniach niniejszych stosowałem, może potęgować pożeranie niektórych ciał obcych przez bezpośrednie działanie na fagocyty.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, wynik doświadczeń

moich z prątkiem gruźlicy nie wypadł zgodnie z wnioskiem, jaki Reiter wysnuwa, co prawda z pewną ostrożnością ze swoich analogicznych doświadczeń. Wprawdzie Reiter podaje, że emanacya radu, jak się zdaje, może niekiedy ochronić prątki gruźlicy od fagocytozy, naogół jednak stwierdza on wzmożenie się fagocytozy tego prątka pod wpływem emanacyi radu.

Reiter używał do swoich doświadczeń wody z t. zw. »emanatora kąpielowego« Towarzystwa Charlotenburskiego, zawierającej mniej więcej tyle jednostek emanacyjnych, co woda, przez którą przepuszczałem emanacyę w moich doświadczeniach, metodyka zaś tych doświadczeń, w różnych doświadczeniach rozmaita, była inna i, jak sądzę, mniej odpowiednia, niż w moich doświadczeniach.

W 5 doświadczeniach, w których Reiter badał fagocytozę prątka gruźlicy w środowisku, zawierającem emanacyę radu, przyczem środowisko to zawierało stale surowicę krwi, otrzymał on następujące wskaźniki fagocytozy (wskaźniki opsoninowe): 0·78, 0·57, 0·68, 1·32 i 1·24. Wyniki pierwszych 3 z tych doświadczeń uważa Reiter za nieścisłe z powodu braków w ich metodyce i dlatego za miarodajne uważa on tylko 2 ostatnie z tych doświadczeń.

W dalszych 8 doświadczeniach poddawał Reiter działaniu emanacyi radu poszczególnie fagocyty i mikroby, poczem dopiero dodawał do cieczy składniki brakujące do fagocytozy; w jednem z tych doświadczeń dodał on surowicy krwi do mieszaniny ciałek białych i mikrobów już po zadziałaniu na dany składnik tej mieszaniny emanacyi radu, w pozostałych zaś doświadczeniach dodawał on surowicę krwi do cieczy, przez którą przepuszczał emanacyę radu. W jednem z tych doświadczeń wskaźnik fagocytozy wypadł 0·85, względnie 0·94; doświadczenia tego, jako nieścisłego, Reiter jednak nie uwzględnia.

W pozostałych zaś 7 doświadczeniach wskaźniki fagocytozy prątka gruźlicy pod wpływem emanacyi radu wypadły w przypadku, gdy emanacya działała na mikroby, 0·76, 1·16, 1·33, 1·59 i 0·63, w przypadku zaś, gdy emanacya działała na ciałka białe, 1·34, 1·19, 1·33, 1·19 i 1·46 (w obu szeregach ostatnie liczby stanowią przeciętne liczb otrzymanych w 2 analogicznych doświadczeniach).

W tych doświadczeniach Reitera, w których pod wpływem emanacyi radu na ciecz, zawierającą czy to oba główne składniki potrzebne do fagocytozy, czy to na jeden z nich, fagocytoza prątków gruźlicy się spotęgowała, wzmożenie to naogół bardzo wielkiem nie było, wynosiło bowiem jak to Reiter sam określa, niekiedy aż do 30%. W moich doświadczeniach z prątkiem gruźlicy emanacya radu działała równocześnie na fagocyty i na mikroby, a sprowadzała ona w przeważnej części doświadczeń osłabienie fagocytozy, wynoszące również około 30%.

Trudno jest wyjaśnić, skąd ta sprzeczność wyniku doświadczeń moich a Reitera pochodzi; to tylko powiedzieć można, że niewątpliwie nie zależy ona od ewentualnego działania emanacyi radu na ciała, zawarte w surowicy dodawanej do mieszaniny fagocytów i mikrobów, skoro w odpowiednich moich doświadczeniach wskaźnik fagocytozy obniżał się zarówno w tym przypadku, gdy do cieczy, w której odbywała się fagocytoza, dodano surowicy krwi, jak również i wówczas, gdy surowicy nie dodano, i to w przecięciu w jednakim mniej więcej stopniu (0·70 i 0·73). Zapewne sprzeczność ta jest skutkiem odmiennej, jak to już wyżej zaznaczyłem, metodyki doświadczeń moich i Reitera. Dalsze badania w tym kierunku sprawę tę winny wyświetlić.

Doświadczenia, jakie przeprowadziłem z fagocytozą prątka okrężnicy pod wpływem emanacyi radu, świadczą, że czynnik ten działa nietylko na fagocyty, ale zarazem i na pożerane mikroby. Występująca zaś zupełnie wyraźnie w doświadczeniach moich różnica w skutku działania emanacyi radu na fagocytozę rozmaitych mikrobów w tych samych zresztą warunkach nietylko to potwierdza, ale wskazuje zarazem, że emanacya radu przy tej samej intensywności działania i w tych samych warunkach działa na różne mikroby pod względem łatwości, z jaką ulegają pożeraniu przez fagocyty, rozmaicie.

Wyniki niniejszych doświadczeń, które wskazują, że pod wpływem emanacyi radu fagocytoza prątka okrężnicy i gronkowca ropotwórczego złotego się wzmaga, a fagocytoza prątka gruźlicy słabnie, zgadzają się poniekąd z przytoczonymi we wstępie wynikami badań nad działaniem bakteryobójczem emanacyi radu; wszak już z tych badań widać, że prątek gruźlicy na działanie emanacyi radu oddziaływa inaczej, jak wiele innych mikrobów.

Wyniki tych doświadczeń zgadzają się również z wynikiem nielicznych zresztą dotychczas prób miejscowego leczenia spraw zakaźnych emanacyą radu. Mianowicie Bartels otrzymał pomyślne wyniki w ropieniu jamy szczękowej po grypie oraz w ropieniu kości sitowej, a Bulling otrzymał takież wyniki przy leczeniu chorób dróg oddechowych inhalacyami emanacyi radu, natomiast w doświadczeniach Suessa emanacya radu nie wywierała żadnego wpływu na zakażenie gruźlicą świnek morskich. Być może, że rozmaitość wyników tych prób leczniczych pochodzi stąd, że emanacya radu działa bakteryobójczo na zarazki grypy i mikroby ropotwórcze, a na prątka gruźlicy tak nie działa; na podstawie niniejszych doświadczeń wolno jednak przypuszczać, że zaważyła tu i ta okoliczność, że emanacya radu przy pewnej intensywności działania potęguje fagocytozę niektórych zarazków, zaś fagocytozę prątka gruźlicy osłabia.

Fagocytoza mikrobów jest zjawiskiem niezmiernie zawiłem, zależnem od pewnych czynności fizyologicznych zarówno fagocytów, jak i mikrobów, na które różne czynniki zewnętrzne, działające w środowisku fagocytozy, wybitny wpływ wywierają. Niektóre z wchodzących tu w grę czynności komórek oraz niektóre działające na nie czynniki są już dobrze znane. Atoli nie wszystkie; dotychczas np. nie stwierdzone, czy tak ważne ze względu na pożeranie mikrobów działanie charakterystyczne jednego i tego samego mikroba, w pewnych warunkach dodatnie, w innych ujemne, sprowadzają zawsze jedne i te same wytwory życiowe danego mikroba, zależnie od ilości, w jakiej w danem środowisku się nagromadzą, czyli od stężenia, w jakiem działają, czy też różne działania chemotaktyczne tego samego mikroba sprowadzają różne jego wytwory. Nie posiadamy również dowodu na to, że w naturalnem środowisku fagocytozy rzeczywiście działać mogą powstałe w ustroju ciała, pobudzające fagocyty do silniejszego pożerania mikrobów (stymuliny Miecznikowa), albo też ciała zmieniające mikroby tak, że łatwiej ulegają pożarciu przez fagocyty (opso-

niny Wrighta). Trudno zatem mówić o jakichkolwiek zmianach w tym względzie, powstałych pod wpływem emanacyi radu, czy też jakiegoś innego czynnika. Wszak dopiero w najostatniejszych czasach podniósł Schütze sprawę działania emanacyi radu na niweczniki bakteryjne, zwłaszcza na aglutyniny, które wprawdzie, jak to wykazał Miecznikow, nie warunkują fagocytozy, ale mogą poniekąd ją ułatwiać.

Jednem słowem, w dzisiejszym stanie nauki fagocytoza jest zjawiskiem, którego mechanizm przedstawia jeszcze nadto wiele stron ciemnych, by, stwierdziwszy jakąś zmianę w intensywności samego zjawiska pod wpływem jakiegoś czynnika zewnętrznego, można było mechanizm zmiany tej, powstałej w warunkach naturalnych, dokładnie wytłumaczyć. To też nie wdając się w liczne nasuwające się przypuszczenia co do działania emanacyi radu na te czynniki, od których fagocytoza mikrobów zależy, ograniczam się do stwierdzenia następujących faktów, wynikających z powyżej podanych eksperymentów:

1) Emanacya radu uwolniona z wody, w której znajduje się w ilości wynoszącej 1,000.000 jednostek emanacyjnych w 1 litrze, wywiera poza ustrojem wpływ na fagocytozę mikrobów.

2) Wpływ ten na pożeranie rozmaitych mikrobów jest różny: potęguje on fagocytozę prątka okrężnicy i gronkowca ropotwórczego złotego, a osłabia fagocytozę prątka gruźlicy ludzkiej.

3) Emanacya radu działa zarówno na fagocyty jakoteż i na mikroby.

4) Emanacya radu może działać na różne mikroby rozmaicie: na prątka okrężnicy i gronkowca ropotwórczego złotego działa ona inaczej, jak na prątka gruźlicy ludzkiej.

5) Spotęgowanie fagocytozy prątka okrężnicy przez emanacyę radu pochodzi w większym stopniu z działania jej na fagocyty, w mniejszym zaś stopniu z działania jej na pożerane mikroby.

(Sprawozdanie z pracy niniejszej przedstawiono Wydz. mat.-przyr. Akademii Umiej. w Krakowie).

Piśmiennictwo. 1) Baeyer v. Ueber die physiologische Wirkung der Becquerel-Strahlen Zeitschr. f. allg. Physiol. 1904. Ref. w Journal de physiol et de pathol. gen. 1905. — 2) Bartęls. Ueber die Behandlung der eitrigen Kiefer- und Stirnhoehlenkatarrhe mit Radiogen-Wasser. Zeitschr. f. neuere physical. Medic. 1907. — 3) Bouchard et Balthazard. Action de l'emanation de radium sur les bactéries chromogènes. C. R. de l'Acad. d. Sc. 1906. Ref. w Journ. de physiol. et de path. gen. 1906.— 4) Bouchard, P. Curie et Balthazard. Action physiologique de l'émanation du radium. C. R. de l'Acad. d. Sc. 1904. — 5) Bulling. Beitrag zur Emanationstherapie. Berl. klin. Woch. 1909.— 6) Bulloch. Untersuchungen über den opsonischen Gehalt des Blutserum bei Gesunden und Lupuskranken. Transactions of the pathological Society of London. Vol. 56, 1905. Vide Wright.— 7) Danysz. De l'action pathogène des rayons et des émanations emises par le radium sur differents tissus et differents organismes. C. R. de l'Acad. d. Sc. 1903. Ref. w Bull. de l'Institut Pasteur 1903. — 8) Dautwitz. Beitrag zur biologischen Wirkung der radioactiven Uranpecherzrückstände aus St. Joachimsthal in Boehmen. Zeitschr. f. Heilkunde 1906. Ref. w Biophys. Centralbl. 1905/6. — 9) Dorn, Baumann u. Valentiner. Ueber die Einwirkung der Radiumemanation auf pathogene Bacterien. Zeitschr. f. Hyg. 1905. Ref. w Journ. de physiol. et de path. gen. 1905 i w Centr. f. Bacter. 1906. — 10) Goldberg. K uczenii o fiziol. diejstwii Bekkerelewych łuczej. Diss. Woj. Med. Akad. 1904. Cyt. wedł. Horowitz: K uczenii o biołogiczeskom znaczenii łuczej radija. Diss. Woj. Med. Akad. Petersburg. 1906. — 11) Hekma. Ein Beitrag zur Verwendung von citronensaurem Natron im Dienste von Untersuchungen ueber Phagocytose. Biochem. Zeitschr. 1908. — 12) Keith. Über die Beziehungen zwischen Haemolyse und der Phagocytose der rothen Blutzellen. Proceedings of The Royal Society. Vol. 77. Vide Wright. — 13) Klecki. Fizyologiczne i lecznicze działanie radu. Wykład na I. Zjeździe Internistów polskich w Krakowie. Sprawozdanie w Dodatku do Nr 31 Przegl. lek. i »Czasie« z 20. VII. 1909 — 14) Loewenthal. Ueber die Wirkung der Radiumemanation auf den Menschen. Berl. klin. Woch. 1910. Ref. w Münch. med. Woch. 1910. — 15) London. Valeur physiologique et pathologique de l'émanation du radium. Ref. w Journ. de physiol. et de pathol. gen. 1904. — 16) Reiter. Einfluss der Radium-Emanation auf die Phagocytose. (Opsonine). Centr. f. Roentgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete. T. I. 1910. — 17) Reinboldt. Zur bactericiden Wirkung radioactiven Mineralwassers. Berl. klin. Woch. 1906. Arbeiten a. d. pathol. Institut zu Berlin. Festschrift. 1906. Ref. w Biophys. Centr. 1905/6. — 18) Sauerbeck. Experimentelle Studien ueber Phagocytose. Zeitschr. f. Immun. u. exper. Therapie 1909. — 19) Sawczenko, Barykin i Majkow. Archiw biołogiczeskich nauk. T. XV. Ref. w Russkij Wracz. 1910. Nr 22.— 20) Schaper. Exper. Untersuchungen ueber die Wirkung des Radium auf embr. und regener. Entwickelung. Deutsche med. Woch. 1904. — 21) Schütze. Ueber den Einfluss des Radiums auf die Production von Antikörpern im thierischen Organismus. Med. Klinik. 1911. Nr 45. — 22) Suess. Ueber den Einfluss der Radiumemanation auf Tuberkelbacillen und auf experimentelle Tuberkulose. Zeitschr. f. Tuberkul. 1908. Ref. w Biophys. Centr. 1909 i Centr. f. Bacter. u. Parasit. 1909. — 23) Winterbert. Influence d'une faible quantité d'emanation de radium sur le developpement et la métamorphose des batraciens. C. R. de l'Acad. d. Sc. 1906. Ref. w Journal de physiol. et de path. gen. 1907.— De l'influence des eaux radioactives de Plombieres sur la croissance et la métamorphose des larves de Rana viridis. C. R. de la Soc. de Biol. 1906. Ref. w Biophys. Centr. 1905/6. — 24) Wright. Studien über Immunisirung und ihre Anwendung in der Diagnose und Behandlung von Bacterieninfectionen. Jena 1909. — 25) Wright u. Stewart R. Douglas. Ueber die Wirkung der Blutflüssigkeiten auf den Tuberkelbacillus und die Entstehung von Schutzstoffen im menschlichen Organismus in Antwort auf die Inoculation eines Tuberkelvaccins. Proceedings of the Royal Society. Vol. 74. 1904. Vide Wright.

Ostatnie modyfikacye w sposobach badania fizycznego chorych

podał

Prof. W Jaworski (Kraków).

Zamierzam w niniejszym wykładzie[1]) przedstawić w jaki sposób perkusya i auskultacya przez nowoczesnych autorów klinicznych stosowana bywa i jak je wykonujemy w tutejszej klinice. Obydwie metody przetrwały długoletnią ogniową próbę, bo perkusya od czasu swego twórcy Auenbruggera[2]) lat 150, auskultacya zaś, stworzona przez Laënneca[3]), obchodzić będzie za kilka lat stuletnią rocznicę. Pomimo, że przez ten długi czas przybyło sporo innych klinicznych metod badania, jak chemiczne, świetlne,

[1]) Według wykładu z demonstracyami, wygłoszonego w Towarzystwie lek. krak. dnia 31. stycznia 1912 r.

[2]) Leopoldi Auenbrugger: Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo obstrusos interni pectoris morbos detegendi. Vindebonae 1761.—Uebersetzung von J. Ungar 1843, Wien, (w języku niemieckim).

[3]) Laënnec R. T. H. Traité de l'auscultation médiate et de maladies des poumons et du coeur. Paris 1818, 2 Vol.

bakteryologiczne i t. d., to perkusya i auskultacya nietylko nie wyszły z użycia, ale pozostały podstawą badania lekarza praktycznego, stosowaną przez niego codziennie i w każdym niemal przypadku. Zapomocą bowiem auskultacyi i perkusyi może się lekarz w danym przypadku szybko zoryentować, a w znacznej części przypadków rozpoznać chorobę bez uciekania się do jakichkolwiek przyrządów laboratoryjnych. Lekarz musi zastosować tylko swoje zdrowe zmysły, w tym celu wykształcone.

Do Krakowa dostała się nauka o perkusyi i auskultacyi po raz pierwszy w r. 1825 przez prof. Floryana Sawiczewskiego, który przywiózł z Paryża dla profesora Brodowicza, ówczesnego dyrektora kliniki medycznej, stetoskop i plesymetr. Obydwa te przyrządy, nazwane przez Brodowicza »armaturą«, są w przechowaniu kliniki. W roku 1829 napisał Dr Józef Lewicki inauguracyjną rozprawę »O użyciu stetoskopu i plesymetru«. Brodowicz, który nie był zwolennikiem nowych metod, wyraża się w tym kierunku uszczypliwie: »Dzisiaj te narzędzia (t. j. stetoskop i plesymetr) stanowią główne godło tak zwanej nowej szkoły i niejeden eskulap ma takowe za jedyną jej cechę oraz wyborny środek imponowania swoim pacyentom«.

I. Opukiwanie.

Auenbrugger przy opukiwaniu polecał bezpośrednio uderzać palcem opatrzonym rękawiczką wprost w klatkę piersiową i to w jej części kostne (żebra), gdyż w ten sposób opukując, nie można na międzyżebrzach wywołać odgłosu jawnego. Laënnec woli opukiwać bez rękawiczki, ale za to uderza palcem po koszuli, jak to i Auenbrugger czynił. Piorry [1]) rozpowszechnił opukiwanie pośrednie zapomocą pukadła. Pomimo całych stosów rozpraw, nie rozstrzygnięto dotąd sporu, jaka ma być wielkość, kształt grubość i materyał pukadła. Wreszcie Wintrich podał młotek opukowy w celu uderzania nim o pukadło. Wszystkie te sztuczne modyfikacye perkusyjne okazały się w praktyce albo niedogodne, albo zbyteczne.

Pukadło, stosownie do materyału, grubości i wielkości, ma swój własny odgłos opukowy, który odgłosowi płucnemu nadaje właściwe zabarwienie, a ta zmiana jest tem większa, im mocniej uderzamy o pukadło. Fale bowiem głosowe od pukadła i klatki piersiowej, będąc różne, to zlewają, to znoszą się i wydają nowe zjawisko akustyczne, zupełnie sztuczne. Oprócz tego pukadła sztywne nie nadają się do przyłożenia na każde miejsce klatki piersiowej, a tam gdzie pukadło nie przylega szczelnie do skóry, powietrze, pod niem zawarte, umykając przy uderzaniu, wydaje odgłos brzęczący. Nadto zmniejsza pukadło uczucie oporu klatki piersiowej.

Uderzanie młotkiem o pukadło wprowadza jeszcze więcej sztucznych czynników akustycznych i jeszcze znaczniej zmienia jakość odgłosu opukowego płucnego. Nadto uderzenie młotkiem z powodu swej siły wprawia znaczną część miąższu płucnego w drganie, przez co zostają zakryte stłumienia, pochodzące od drobniejszych bezpowietrznych ognisk płucnych. Pomimo innych wielkich zasług Wintricha dla kliniki, nie można nazwać wprowadzenia przez niego młotka opukowego za pomysł szczęśliwy.

Z biegiem czasu, prawdopodobnie samorzutnie równocześnie w wielu klinikach, wyrobiło się używanie palców lewej ręki jako podkładki (pukadła) do opukiwania wszystkich narządów. Palec, to najracyonalniejsze pukadło. Będąc z tego samego materyału, co klatka piersiowa, nie zmienia wcale jej odgłosu opukowego; nadto pozwala on daleko lepiej ocenić opór opukowy, niż przy uderzaniu o pukadło zwyczajnie używane. Palec można we wszystkie zagłębienia klatki piersiowej dostosować. Używając palca jako pukadła można wielkość opukiwanej przestrzeni dowolnie zmieniać, stosownie do sposobu przykładania palca. Zwykle przykłada się go na płask, lecz chcąc przestrzeń opukową zmniejszyć, można pukać na małym palcu, albo kłaść palce lewej ręki brzegiem na miejsce opukiwane, co też często czynię. Jeszcze lepiej i dokładniej można zmniejszyć przestrzeń opukową przez ułożenie palca, podane przez Plescha [1]). Zgina się palec wskazujący lub środkowy lewej ręki w środkowym stawie pod kątem prostym, stawia opuszkę tego palca na miejsce opukiwania i uderza na zgięcie stawu palca opuszką przygiętego palca środkowego prawej ręki. Dla mnie dogodniejsze jest zgięcie palca lewej ręki w ostatnim stawie i uderzanie go nad paznokciem opuszką palca wskazującego lub środkowego prawej ręki. (Demonstracya). Jeżeli poniżej mówimy o opukiwaniu, to rozumiemy zawsze ułożenie palca według Plescha.

Dawniej opukiwano, używając silnego uderzenia, a zwłaszcza, jeżeli stosowano młotek, tak, że cała sala drżała. Dziś opukuje się uderzeniem bardzo słabem. Ewald, Krönig, Goldscheider, a zwłaszcza ten ostatni poleca uderzanie palcem tak słabe, że zaledwie ucho dosłyszy odgłosu, gdyż w ten sposób ma być na klatce piersiowej łatwiejsze odróżnienie odgłosu jawnego od stłumionego. Zauważyć jednak muszę, że nie wszędzie na klatce piersiowej należy uderzać z jednakową siłą, lecz w miejscach o grubszych ścianach, jak np. w okolicy nadłopatkowej, trochę silniej, niż w okolicy podobojczykowej. Kierunek uderzenia staramy się nadać taki, aby tak palec podłożony, jako też uderzenie skierowane było prostopadle do powierzchni miejsca opukiwania płuc. Należy jeszcze pamiętać, aby przy uderzaniu palec uderzający szybko odrywać, gdyż przytrzymany palec drganie klatki piersiowej wstrzymuje, a przez to fale głosowe zostają skrócone, a odgłos przez to przedstawia się stłumiony lub skrócony. (Demonstracya).

Opukiwanie klatki piersiowej daje tylko wtedy wynik pewny, jeżeli się opukuje równocześnie symetryczne miejsca klatki piersiowej, gdyż tylko przez porównanie odgłosu w miejscach symetrycznych można ocenić patologiczną zmianę odgłosu.

Przypomnieć muszę jeszcze podaną przed laty przez Da Costę perkusyę respiracyjną, pożyteczną przy opukiwaniu szczytów płucnych. Należy bowiem opukiwać przy głębokim wdechu osobno, a podczas silnego wydechu osobno. W płucu prawidłowem znajdujemy wtedy zmianę odgłosu opukowego, natomiast płuco mało powietrzne lub

[1]) Piorry, P. A. De la percussion médiate et des signes obtenus à l'aide de ce nouveau moyen de l'exploration dans les maladies des organes thoraciques et abdominaux. Paris, 1827.

[1]) Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Th. Brugsch u. A. Schittenhelm p. 74. 1908.

bezpowietrzne odgłosu opukowego nie zmienia. (Demonstracya).

Używając palca jako pukadła dla klatki piersiowej, nie można otrzymać odgłosu metalicznego, jak to bywa przy pomocy plesymetru. Zdawałoby się, że bez plesymetru można przeoczyć jamy w płucach. Jednak wydech amforyczny, rzężenia metaliczne lub też grubobańkowe dźwięczne, jakoteż rodzaj plwocin (sputa monetiformia) naprowadzają na obecność jam płucnych.

Jak od początku nauki o perkusyi płuc, tak i obecnie zależy na jaknajwiększej możliwej dokładności w opukiwaniu szczytów płucnych. Dwóch autorów, G. Krönig i Goldscheider, zabrało w tym kierunku w ostatnich czasach z powodzeniem głos.

G. Krönig[1]) oznacza tak zwane pola opukowe odgłosu jawnego na barku prawym i lewym z tyłu i od przodu. Pola te idą w stanie prawidłowym od tyłu ku przodowi i od kręgosłupa przez kark, dołek nadobojczykowy na obojczyk, a od zewnątrz przez łopatkę, bark ku dołkowi Mohrenheima. (Demonstracya). W stanie prawidłowym płuc pola opukowe zajmują po prawej i po lewej stronie pasy równej szerokości, ostro odgraniczone od odgłosu tępego. W stanach nieprawidłowych po stronie, gdzie płuco jest mniej powietrzne, pasy te są albo zwężone, albo ich zewnętrzna granica opukowa jest zatarta, przechodząc niewyraźnie w stłumienie. Aczkolwiek pola opukowe nie oddają rzeczywistych rozmiarów szczytów płuc, lecz tylko pasy odgłosu płucnego, to mogłem się często przekonać, że dopiero nierówność lub zatarcie pól opukowych zwróciło mą uwagę na nieprawidłowość i potrzebę skrupulatnego zbadania płuca.

Goldscheider[2]) stara się opukiwać szczyty płuc w tych miejscach, gdzie one leżą najbliżej powierzchni ciała, t. j. w dołkach nadobojczykowych, a zwłaszcza między brzuścami mięśnia mostkowosutkowoobojczykowego. Do opukiwania używa on zgiętej pałeczki szklanej, powleczonej na końcu kauczukiem, albo palca w ułożeniu Plescha. Ja używam w tym celu małego palca lewego. Opukuje się okolicę nadobojczykową w dwóch równoległych rzędach. Naprzód tuż za obojczykiem powierzchnię pierwszego żebra, potem obok jego wewnętrznego brzegu wejście do klatki piersiowej (apertura thoracis), a z przodu miejsce między brzuścami, w które to miejsca wciska się według Goldscheidera bezpośrednio część płuca pod skórę. (Demonstracya). Rozumie się, że trzeba równocześnie opukiwać symetryczne miejsca obydwu płuc, aby otrzymać wyniki pewne. Opukiwanie szczytów płuc według Goldscheidera jest polecenia godne, gdyż według mego doświadczenia, stwierdzonego na stole sekcyjnym, daje się w szczycie płuca tym sposobem wypukać ognisko wielkości orzecha laskowego.

Do praktycznych uwag Goldscheidera należy jeszcze jego rada, aby nie opukiwać łopatek, gdyż do dobrego wyniku się nie dochodzi, ale należy choremu opukiwanemu, siedzącemu na krześle, kazać się nachylić i objąć poręcze drugiego krzesła obydwoma rękami. Przez to łopatki tak się od kręgosłupa oddalą, że okolicę międzyłopatkową na znacznej przestrzeni opukiwać można. (Demonstracya).

Opukiwanie mostka przez podłożenie tylko jednego palca nie daje odgłosu opukowego stłumionego, chybaby pod jego całą rozciągłością znajdowała się masa bezpowietrzna. Mostek opukiwany, drga cały, udzielając drżenie powietrznym częściom płuca. Można tę trudność po części pokonać, nakrywając mostek wszystkimi palcami ręki lewej i opukując je kolejno. Przy powtarzaniu tej manipulacyi można często zoryentować się, pod którym palcem jest odgłos najkrótszy lub stłumiony. (Demonstracya).

Opukiwanie serca

wymaga wielkiej staranności. Mówię tu tylko o oznaczeniu bezwzględnego stłumienia serca. Należy w tym celu bezwarunkowo używać jako pukadła palca w ułożeniu Plescha, lub dogodniej, jak opisałem wyżej, ze zgięciem w ostatnim stawie palcowym, a uderzaniem go ponad paznokciem. (Demonstracya). Uderzenie musi być nadzwyczaj słabe i wykonane podczas silnego wydechu. Wtedy nawet przy rozedmie płuc udaje się oznaczyć stłumienie serca. Przy starannem opukiwaniu serca można wykazać, że stłumienie serca, co mogę przez własne doświadczenie potwierdzić, nie kończy się na linii mostkowej lewej, lecz biegnie w ukośnym kierunku, jak to podaje Krönig, od przyczepu lewego IV. żebra do przyczepu V. i VI. żebra prawego. W stanach zaś rozszerzenia serca, zwłaszcza w niedomykalności zastawki dwudzielnej, można bardzo często, używając słabego opukiwania na palcu, według Plescha ustawionym, wykazać jeszcze stłumienie nad przyczepem IV. żebra lewego do mostka, które to stłumienie dodatkowe, zwane przez niektórych autorów »kominkiem«, odpowiada rozszerzonemu przedsionkowi lewemu.

Kończąc uwagi nad opukiwaniem klatki piersiowej, chcę zaznaczyć, że przestrzeń półksiężycowata Traubego daje się prawidłowo oznaczyć tylko na chorym leżącym, natomiast u chorego stojącego tylko wyjątkowo, i jest wtedy według mego doświadczenia objawem choroby żołądka. W postawie stojącej można wypukać przestrzeń półksiężycowatą u osób, które się przez całe życie opasują silnie rzemieniem, następnie u dżokejów. U nich rozszerzone dno żołądka zastępuje rozszerzenie jego dolnej granicy. Nazwałem ten stan rozciągnięciem dna (ectasia fundi). Może on być patologicznie nabyty bez opasywania się rzemieniem, wskutek zrostów krzywizny małej lub dna żołądka z przeponą lotrzewną, najczęściej wskutek przebytego wrzodu okrągłego, a wtedy sprawia on przez całe życie znaczne dolegliwości podmiotowe.

II. Osłuchiwanie.

Już twórca tej nauki Laënnec (1818 r.) zaprowadził pośrednie osłuchiwanie, posługując się tutką z papieru, z czego wytworzył potem słuchawkę drewnianą.

Osłuchiwanie słuchawką ma pewne zalety w porównaniu z osłuchiwaniem bezpośrednim, gdyż słuchawkę można postawić na wszystkich miejscach klatki piersiowej, a nawet na takich, do których ucha nie można przyłożyć.

---

[1]) G. Krönig. Zur Topographie der Lungenspitzen u. ihrer Perkussion. Berl. kl. Woch. 1889, 37. Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Deutsche Klinik 1907.

[2]) Goldscheider. Die Perkussion der Lungenspitzen. Berl. klin. Woch. 1907. 40, 41. Orthoperkussion. D. med. Woch. 1905, 9, 10.

Oprócz tego słuchawka utrzymuje lekarza w pewnej odległości od chorego, co w przypadkach chorób zakaźnych ma swoje znaczenie. Chcąc być jeszcze więcej oddalonym od chorego, można słuchawkę przeciąć poprzecznie na połówki i połączyć je krótszą lub dłuższą rurką kauczukową. (Demonstracya). W ostatnich czasach poleca Betz[1]) z Heilbronnu słuchawki z masy taniej, 10 sztuk po 5 marek; użyta słuchawka ma być po osłuchaniu chorego zakaźnego zniszczona. Sądzę, że ten sam cel osiągnąć można przez włożenie słuchawki do rozczynu formaliny.

Do dziś dnia toczy się spór o konstrukcyę, długość i o materyał na słuchawkę i dotąd na te szczegóły zgody niema. Słuchawka powinna wyraźnie i bez zmiany przeprowadzać szmery oddechowe. Do tego nadają się dziś używane słuchawki wydrążone i to z drzewa. Metalowe słuchawki zmieniają jakość szmerów, zwłaszcza rzężeń i nadają im właściwy podźwięk dźwięczny. Ważną jest konstrukcya końca słuchawki, przylegającego do klatki piersiowej. Słuchawka, która nie daje się szczelnie przyłożyć do powierzchni ciala, sprawia to, że powietrze z pod jej końca przy każdem przyciśnięciu, jakoteż wdechu i wydechu z szelestem uchodzi lub wchodzi, przez co powstają sztuczne dodatkowe szmery, bałamucące szczególniej przy osłuchiwaniu serca. Słuchawka o brzegach twardych wywołuje przy ucisku na mięśnie, zwłaszcza barkowe, u chudych osób drżenie włókienkowe, które ucho słyszy jako trzeszczenia. Obydwu niedogodnościom zapobiega się przez zaopatrzenie końca słuchawki miękkim kauczukiem, jakoteż przez osłuchiwanie symetrycznych miejsc, to zwiększając, to zmniejszając ucisk słuchawki na klatkę piersiową. Uboczne szmery wytwarzają się również z powodu wadliwości talerza słuchawki. Talerzyk zwykle nie przylega szczelnie do małżowiny usznej, to też zdarza się często, że miejscami wciska się do ucha powietrze zimne, a uchodzi ogrzane, sprawiając sztuczne zjawiska akustyczne. Nadto długie włosy lekarza, dostające się między talerz słuchawki a małżowinę ucha, sprawiają objawy trzeszczących rzężeń, które przez słuchaczki medycyny, osłuchujące z opadającymi włosami, bywają mylnie uważane za trzeszczenia (krepitacye) Tym niedokładnościom zapobiegają nowsze konstrukcye talerza słuchawki, przez to, że bywa on wyłożony pokładem miękkiego kauczuku. (Demonstracya).

Pozwolę sobie jeszcze uczynić uwagę, aby zawsze osłuchiwać równocześnie symetryczne miejsca płuc, gdyż wtedy łatwo dostrzedz różnicę w szmerach oddechowych. Szczególnie zwracać należy uwagę na tę okoliczność przy osłuchiwaniu młodych osób, gdyż osłuchując np. osobno jedną stronę klatki piersiowej, odnosi się wrażenie szmeru oddechowego zaostrzonego; lecz i druga strona to samo przedstawia, albowiem u młodzieży utrzymują się bardzo długo szmery oddechowe dziecięce (respiratio puerilis). W innych znów przypadkach, uwzględniając tylko jedną okolicę przy osluchiwaniu, odnosi się wrażenie szmeru oddechowego bardzo osłabionego lub nieoznaczonego, tymczasem to samo zjawisko jest i w innych miejscach, albowiem wiele osób, u nas zwłaszcza z klatką piersiową płaską i długą, miewa szmery oddechowe bardzo osłabione.

[1]) Betz (Heilbronn). Ein vereinfachtes billiges Hörrohr zur Verwendung bei ansteckenden Krankheiten. M. med. Woch. 1912 Nr. 4.

W ostatnich czasach starano się wzmocnić zjawiska akustyczne w płucu i w sercu przez rezonatory, zwane fonendoskopami. Przyrządy te wzmacniają wprawdzie jedne szmery, inne jednak tłumią albo zmieniają. To też to wzmocnienie jest nienaturalne, opłacone zmianą charakteru szmerów, w którym trudno przychodzi się zoryentować. Fonendoskopy nie nadają się przeto do użytku klinicznego, a stosowane przez dłuższy czas drażnią i przytępiają ucho tak, że kto raz przyzwyczaił się do nich, nie może potem osłuchiwać zwykłym sposobem. Racyonalniejsze są słuchawki dwuuszne; oddają one wyraźniej niezmienione szmery. Lecz i tych, jeżeli można się bez nich obejść, lepiej nie używać.

III. Obmacywanie.

Ten dział badania został w ostatnich czasach udoskonalony, a zwłaszcza wyczuwanie w jamie brzusznej. Nowsze rzeczy pozwalam sobie tu przytoczyć.

Hausner twierdzi, że można wyczuć dolną granicę żołądka, co rzeczywiście w niektórych przypadkach się udaje, jeżeli końcem palców spłaszczonej ręki prawej postępuje się od dołu ku górze w linii przymostkowej, stopniowo tę okolicę to uciskając, to zwalniając, każąc badanemu robić głębokie ruchy oddechowe. Postępując ostrożnie od dołu do prawego łuku żebrowego (demonstracya), udaje się czasem znaleść pod powłokami brzusznemi oporność, która przy rytmicznym ucisku to się zwiększa, to zmniejsza, a przy wtłoczeniu końców palców przedstawia kształt łukowaty, leżący bądź nad, bądź niżej pępka; ma to być duża krzywizna żołądka. Według mego doświadczenia jest to objaw chorobowy, gdyż świadczy o przeroście roboczym ścian żołądka, wywołanym przez rozpoczynające się zwężenie odźwiernika. Należy jeszcze mieć się na baczności, aby tej łukowatej oporności nie pomieniać z okrężnicą poprzeczną.

IV. Punkty bolesne.

Przez uciskanie opuszką palca niektórych miejsc klatki piersiowej i jamy brzusznej można w przypadkach chorobowych wywołać bolesność, co w ostatnich latach nabrało i rozpoznawczego znaczenia, jak np. punkty bolesne Mac Burneya przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, punkty bolesne grzbietne przy wrzodzie żołądka i kamicy żółciowej. Wartość rozpoznawcza punktów bolesnych zmniejsza się przez to, że pojawiają się one tak w przypadkach czynnościowych przeczulic nerwowych, jak i w sprawach anatomicznych. W wielu jednak przypadkach można odróżnić tak zwane bole anatomiczne od bólów nerwowych zapomocą ucisku wibracyjnego.

Ucisk wibracyjny

wykonywa się, jak to już opisałem szczegółowo*), przez szybkie zmniejszanie i zwiększanie ucisku, wywartego opuszką zgiętego palca na miejsce bolesne. Ucisk wibracyjny zwiększa bole anatomiczne, a zmniejsza lub usuwa bole

*) Przegląd lekarski 1911. Nr. 20.

nerwowe czynnościowe. Objaw ten ma znaczenie w przypadkach bolów w dołku podsercowym, gdzie potrzeba odróżnić ból pochodzący od splotu sercowego (plexus cardacus), od bólu od wrzodu okrągłego, następnie bole pochodzące od pęcherzyka żółciowego lub wrzodu odźwiernika od bólów, pochodzących od skurczu odźwiernika albo od zwoju trzewnego, wreszcie ból przy ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego od bólu przy ucisku na splot podbrzuszny (plexus hypogastricus) i t.p. Wprawdzie nie jest to odróżnienie nieomylne, lecz jeżeli się schodzi z obecnością innych objawów podniecenia nerwowego, jak szybka gra źrenic, wygórowane odruchy ścięgniste, wybitna dermografia, przeczulica ogólna, przyspieszona czynność serca i t.p. to przeważa on szalę rozpoznania na stronę nerwicy. (Demonstracya).

V. Badania grzbietne przy leżeniu na brzuchu.

Chory, leżący na brzuchu dla badania grzbietnego, ma leżeć zupełnie poziomo, a kończyny górne pionowo opuszczone zwiesić po obydwu stronach sofki lub łóżka, a jeżeliby to nie było wykonalne, to starać się nadać kończynom górnym ułożenie, podobne do ułożenia kończyn pływającej żaby. Badanie grzbietu w opisanem położeniu przedstawia większe dogodności, niż w postawie siedzącej lub stojącej. Zniekształtnienia klatki piersiowej lub kręgosłupa, jeżeli są anatomicznie utrwalone, pozostają, natomiast czynnościowe, pochodzące z osłabienia mięśniowego, wyrównują się. Opukiwanie i osłuchiwanie w tem ułożeniu jest łatwiejsze i pewniejsze, gdyż tu działa się pionowo do powierzchni płuc. Trzeba jednak wiedzieć, że przy leżeniu na brzuchu ściska się jamę brzuszną, a przeponę podwyższa, dlatego granice dolne płuc mogą leżeć o jedno albo i dwa żebra wyżej, niż w postawie stojącej. Im więcej brzuch jest gazem wypełniony, tem wyżej sięga dolna granica płuc. Dlatego też w rozszerzeniu żołądka odgłos opukowy po lewej stronie od X. żebra w dół jest wyraźnie bębenkowy. W bębnicy jelitowej okolice lędźwiowe i boczne wydają również odgłos bębenkowy, przez co bywa zwrócona uwaga na rozszerzenie pętli jelit w przypadkach ich zwężenia lub zaciśnięcia. (Demonstracya).

Bardzo dogodne jest ułożenie na brzuch przy badaniu punktów bolesnych na grzbiecie. Tu uciskamy w ich właściwym kierunku wygodnie wyrostki ościste, a pośrednio ich kręgi, uciskamy wygodnie wyrostki poprzeczne, łatwo wynajdujemy punkty bolesne, pojawiające się obok kręgosłupa w przebiegu kolki żółciowej i wrzodu okrągłego żołądka. Łatwo tu wykryć i ograniczyć bolesność skórną i mięśniową, mając powłoki zwiotczałe. (Demonstracya). Wygodne jest tu badanie bolu międzyżebrowego, okostnego i opłucnego. Również nerwy kulszowe w całej rozciągłości przy podniesieniu pośladków są dostępne dla badania.

W ułożeniu tylko na brzuchu możliwe jest oklepywanie klatki piersiowej, jak to dawniej opisałem, w celu wywoływania bolów wewnętrznych, co nam w wielu przypadkach pomocnem bywa dla odróżnienia bolów pochodzenia wątrobnego od nerkowego lub żołądkowego (wrzodu na tylnej ścianie żołądka). Bolesność przy oklepywaniu bocznego dolnego brzegu klatki piersiowej po stronie prawej jest często jedynym objawem kamicy żółciowej lub zapalenia pęcherzyka żółciowego, jeżeli możemy wyłączyć zapalenie opłucnej. Taka sama bolesność po stronie lewej zdarza się bardzo rzadko i pojawia się przy wrzodzie okrągłym dna żołądka. (Demonstracya).

[1]) Oklepywanie wątroby i żołądka i ucisk wibracyjny. Przegl. lek. 1911 Nr 23.

Opukiwanie kręgosłupa,

dotąd u nas nie stosowane, daje się o wiele wygodniej wykonać w położeniu na brzuch, aniżeli w postawie stojącej lub siedzącej. Już L. Auenbrugger wspomina o opukiwaniu kręgosłupa, a Piorry omawia je szczegółowo w zastosowaniu do chorób chirurgicznych. W nowszych czasach W. Edwart, Koranyi, De la Camp i Nagel zajmowali się sprawą opukiwania kręgosłupa. Edwart (1898) znalazł stłumienie na V. kręgu piersiowym i przypisuje to temu, że tu tchawica się już rozgałęziła i niema jej współdziałania. Najwięcej zajmował się opukiwaniem kręgosłupa Koranyi*). Znajduje on na VII. kręgu szyjnym odgłos stłumiony, a stąd zaczyna się jawny i ciągnie się aż do X. kręgu piersiowego z rozmaitem natężeniem. Zmiana jakości odgłosu jawnego zaczyna się od III—V. żebra, gdyż na tej przestrzeni rozpoczyna się rozgałęzienie tchawicy. Czasem wydają jeszcze kręgi lędźwiowe odgłos jawny, jeżeli żołądek i jelita są mocno wzdęte. Koranyi przytacza w swojej kazuistyce, że zdołał stwierdzić przez opukiwanie kręgosłupa mięsaka limfatycznego śródpiersia, tętniaka aorty piersiowej, torbiel trzustki i jajnika. M. Nagel sądzi, że ani przebieg aorty ani przełyku nie sprawiają przeszkody w powstawaniu odgłosu opukowego kręgosłupa, albowiem odgłos jawny na kręgosłupie odnieść należy do fal, przenoszących się wskutek uderzenia kręgosłupa na płuco wzgl. wypełniony gazem żołądek lub jelita. I tego zdania ja także jestem.

Badania nad opukiwaniem kręgosłupa podjął u nas Mieczysław Michałowicz*) w klinice Eschericha w Wiedniu na dzieciach, a to w celu wykrycia tym sposobem powiększonych gruczołów tchawicznych i oskrzelowych. Opukiwanie wykonywał on w postawie siedzącej, oznaczywszy przedtem kręgi ołówkiem. Podaje on, że na 3—4 dzieci, podejrzanych o zwiększenie gruczołów tchawicznych lub oskrzelowych, można tylko w jednym przypadku wykazać stłumienie na kręgosłupie na przestrzeni od II—V. kręgu piersiowego. Stwierdzono to bądź na sekcyach, bądź prześwietlaniem rentgenowskiem.

Ja opukuję kręgosłup w ułożeniu na brzuch i znajduję odgłos jawny od I. kręgu piersiowego do XI. Stwierdziłem, że jeżeli mamy wybitne stłumienie płuc w szczytach, to i na kręgosłupie jest na tej wysokości stłumienie, czyli że mamy potwierdzenie badania płucnego. (Demonstracya). Takich wyników rozpoznawczych z opukiwania kręgosłupa, jakie Koranyi podaje, dotąd jeszcze nie osiągnąłem. Będziemy jednak i na tę okoliczność zwracać uwagę w stosownych przypadkach.

*) V. Koranyi. Zeitschrift f. klin. Medizin 1906. T. 60. p. 295.
*) Przegląd pedyatryczny. Rok 1909. Z. 6.

Operacyjne rozszerzenie szyi macicznej przy rzucawce porodowej.

Podał

Prof. Dr Stanisław Dobrowolski (Kraków).

(Wykład w Sekcyi ginekol. XI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Rzucawka porodowa, dając wskazanie do doraźnego rozwiązania każdej ciężarnej lub rodzącej, zmusza nas do operacyjnego gwałtownego rozszerzenia szyi macicznej. Zyskujemy to albo balonami, albo rozszerzadłami metalowemi (Bossi), albo rozcięciem szyi macicznej balonowato rozdętej, albo wreszcie rozcięciem szyi ściągniętej (cięcie cesarskie pochwowe Dührssena).

Chcąc szybko rozszerzyć szyjkę macicy przy pomocy balonów, musimy ich działanie wzmacniać albo przez silne pociąganie ręką, albo też przez znaczne obciążenie. Takie działanie balonów jest w skutkach nieobliczalne, bo częstokroć szyja mało podatna wcale się nie rozszerza, a tylko kruche jej ściany rozdzierają się, dając wysokie przedarcie szyi o brzegach nierównych, poszarpanych. Prócz rozdarć przydarzają się także liczne pęknięcia błony śluzowej szyi, silnie po rozwiązaniu chorej krwawiące, a trudne do odszukania. Używania balonów przeto zalecać nie mógłbym ani jako wyłącznego środka do rozszerzenia szyi, ani jako środka przygotowującego i ułatwiającego pochwowe cięcie cesarskie, jak to w ostatnich czasach radzi Dührssen. Sam balonów wogóle od szeregu lat zupełnie nie używam.

Rozszerzadła metalowe działają pewnie, nie jest to jednak sposób bezpieczny nawet w ręku wprawnego i ostrożnego lekarza. Przydarzają się bowiem zbyt często rozległe rozdarcia szyi o brzegach nierównych, szarpanych i pozostają na błonie śluzowej głębokie wgniecenia. Sposób ten, bezwzględnie lepszy od rozszerzania balonami, kryje w sobie niebezpieczeństwo krwotoku trudnego do opanowania, zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie mało rąk, narzędzi i środków opatrunkowych i brak stołu operacyjnego. Sam używałem sposobu tego przez szereg lat, w ostatnich dwóch latach nie używam go, bo mimo ostrożności w rozszerzaniu miałem znaczne pęknięcia szyjki, powodujące silne krwotoki, a źle po zeszyciu gojące się.

Rozcięcie szyi macicznej balonowato rozdętej jest zabiegiem chirurgicznym, zadaje się rany długości z góry obliczonej, brzegi ran są gładkie, mają przeto dobre warunki do gojenia się po zeszyciu. Trzeba przy rozwiązaniu po takiem rozcięciu szyi unikać dalszych pęknięć, co łatwo uzyskuje się, skoro cięcie robi się długości 6—7 cm., odrazu w 2, albo 4 kierunkach. Płytkie rozcięcia szyi, choćby wielokrotne, nie dają nigdy odpowiedniego rozszerzenia ujścia, stąd po takich rozcięciach przydarzają się rozległe pęknięcia szyi. Rany, powstałe przez wysokie rozcięcie szyi macicznej, zwykle nie krwawią zbyt silnie, dają się łatwo zespoić pod nadzorem wzroku i goją się dobrze. Do szycia używam wyłącznie katgutu jodowego średniej grubości.

W przypadkach, gdzie szyja macicy jest jeszcze ściągnięta, jedynie racyonalnym sposobem doraźnego rozszerzenia jej, jest cięcie cesarskie pochwowe. W każdym takim przypadku po rozcięciu przedniego i tylnego sklepienia, oddzielam od przodu pęcherz aż do fałdu otrzewnej, od tyłu otrzewnę aż do silnego jej przyczepienia się, poczem rozcinam odrazu w kierunku strzałkowym przednią i tylną ścianę szyi tak wysoko, by zyskać zupełne rozwarcie ujścia wewnętrznego. Wówczas każdy zabieg, rozwiązujący kobietę, może być z łatwością wykonany bez obawy uszkodzenia dalszego ścian szyjki macicznej. Po ukończeniu porodu nigdy nie widziałem znacznego krwotoku, zeszycie ran było proste i łatwe, a gojenie się ran bez zarzutu. W dwóch przypadkach widziałem następny poród u osób, u których poprzednio wykonano ten zabieg; poród przebiegał zupełnie prawidłowo, ściany szyi rozciągały się fizyologicznie, a blizny dawne nie pękały.

W ostatniem trzechleciu rozwiązywałem gwałtownie ciężarne lub rodzące 14 razy z powodu rzucawki, z tego wyzdrowiało 10, zmarło 4. Ze zmarłych żadna nie umarła z winy zabiegów, tylko z powodu choroby, a wszystkie zmarłe były to kobiety, które rzucawka dotknęła jeszcze w ciąży.

O wskazaniach do przerywania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej.

Podał

Prof. Dr Erwin Mięsowicz (Kraków).

(Wykład w Sekcyi ginekol. XI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ciąża działa niekiedy na zdrowie matki szkodliwie i to czasem w ten sposób, że zagraża jej życiu. Również nie ulega wątpliwości, że dzisiaj w kołach lekarskich prawie niepodzielnie panuje przekonanie, że dla ocalenia życia matki można przerwać ciążę i poświęcić życie płodu.

Sztuczne przerywanie ciąży znane już było w starożytności, gdyż w dziełach pisarzy starożytnych spotykamy cały szereg wskazań i przepisów do przerywania ciąży. Aetius z Amidy z VI. w. po Chrystusie podaje prócz środków do wzniecania poronienia także bardzo szerokie wskazania do przerwania ciąży. Że już wówczas budził się ruch przeciw tak rozległym wskazaniom do przerywania ciąży, wynika z dzieła Hipokratesa, o przysiędze dla lekarza, ślubującego, że zabiegu tego bez ograniczenia wykonywać nie będzie. Z rozwojem chrześciaństwa znika także z widowni i wykonywanie sztucznego przerywania ciąży. Tylko jeszcze w dziełach arabskich (Kanon Avicenny) spotykamy wzmiankę o tym zabiegu.

Mimo bezwzględnego zaprzeczenia uprawnienia do przerywania ciąży przez przepisy religii chrześciańskiej, napotykamy od wieku XVIII zapatrywania, usprawiedliwiające lub polecające w pewnych przypadkach przerwanie ciąży. — W Anglii Cooper, w Niemczech May i Mende, we Francyi Cazeaux, Dubois, Velpeau i t. d. określali wskazania do przerywania ciąży.

Przyczyny do przerwania ciąży, odnoszące się początkowo głównie do wskazań, wynikających ze zmian kośćca miednicy, obejmowały później także inne wskazania, a mianowicie choroby zagrażające życiu matki. Dzisiaj stanowią choroby te, wchodzące głównie w zakres medycyny wewnętrznej, najczęstsze wskazanie do przerywania ciąży.

Przerywanie ciąży jest zabiegiem, który zmierza do przerwania biegu sprawy fizyologicznej i równoczesnego zniszczenia wytworu tej sprawy, t. j. płodu ludzkiego, na którego istnieniu zależy jednostce, rodzinie i państwu, a którego szczególniejszą opieką otacza obyczaj, religia i prawo. Ocena i przytoczenie wskazań do tego zabiegu ze stanowiska lekarskiego jest z tego powodu sprawą nietylko zajmującą, ale także i ważną.

Z tego powodu przytaczanie wskazań do przerwania ciąży powinno być, o ile możności, podług dzisiejszego stanu wiedzy lekarskiej zupełnie ściśle uzasadnione i określone. Każdorazowe zaś zapatrywania na przyczyny, dające ze stanowiska lekarskiego wskazanie do przerywania ciąży, są ze względu na wkraczanie tego zabiegu w stosunki rodziny, państwa, religii i obyczaju, pewnego rodzaju świadectwem do historyi kultury danej epoki.

O ile pewną i prostą jest dzisiaj technika zabiegu, przerywającego ciążę, o tyle trudniejszem jest zadanie bezstronnego a ścisłego i niedwuznacznego przedstawienia dzisiejszych zapatrywań naukowych, ustalających wskazania do przerwania ciąży.

Ogólnie uznawane dzisiaj zapatrywanie, że przerwać ciążę wolno w tych przypadkach, w których ciąża albo pogarsza istniejącą już chorobę w sposób dla życia ciężarnej groźny, lub też wywołuje chorobę groźną dla życia, jest dla wskazań do przerwania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej bardzo często zanadto ogólne. Wobec wielu spornych zdań co do wskazań do przerywania ciąży z powodu chorób wewnętrznych, przedstawię dzisiejsze zapatrywania w tej sprawie. Pominę choroby wyjątkowe, a omówię głównie najważniejsze sprawy chorobowe, dające wskazania do przerywania ciąży, przyczem dokładniej poruszę te choroby, o których sądzę, że omówienie ich jest pobudką do dyskusyi, nietylko zajmującej, ale także przynoszącej pożyteczne wyjaśnienia.

Że rozprawy takie nie powinny być jałowe, wykazuje najlepiej przegląd literatury. Wspomnę tylko dla przykładu, że Kleinwächter pisał w r. 1894, iż zapalenie nerek, choroby serca i choroby płuc nie uprawniają do przerwania ciąży. Dziesięć lat zaś później (1904) uznaje Kroenig w następnem wydaniu tego samego dzieła, które zawierało pracę Kleinwächtera (Real. Encykl. Eulenburg), uprawnienie do przerwania ciąży w chorobach nerek, serca i gruźlicy płuc i podaje przytem szczegółowe wskazania.

Gruźlica płuc.

Aby rozstrzygnąć, czy sztuczne przerwanie ciąży w przebiegu gruźlicy płuc jest zabiegiem uprawnionym, należy odpowiedzieć na następujące pytania:

1) Czy ciąża, poród i połóg wpływają niekorzystnie na przebieg gruźlicy płuc, czy wpływ ten jest tak szkodliwy, że zagraża życiu matki?

2) Czy można w poszczególnych przypadkach określić, jakim będzie wpływ ciąży na przebieg gruźlicy?

3) Czy przerwanie ciąży w przebiegu gruźlicy płuc wpływa korzystnie na stan zdrowia matki?

4) Jakie jest rokowanie co do życia dzieci zrodzonych z matek gruźliczych?

I.

Czy ciąża, poród i połóg wpływają niekorzystnie na przebieg gruźlicy płuc i czy wpływ ten jest tak szkodliwy, że zagraża życiu matki?

Pierwotnie zapatrywano się na sprawę powikłania gruźlicy ciążą w ten sposób, że twierdzono, jakoby ciąża wpływała korzystnie na przebieg gruźlicy. Pierwszy Charles Dubreuilh zwalcza to zapatrywanie (1851, 1852), twierdząc, że nie jest uzasadnione ani literaturą, ani też doświadczeniem lekarskiem.

Lebert, Virchow, Brehmer i inni torują drogę twierdzeniu, że ciąża niekorzystnie wpływa na przebieg gruźlicy.

Dzisiaj zaś prawie ogólnie przyjęto zapatrywanie, że ciąża najczęściej niekorzystnie wpływa na gruźlicę płuc. Mimo to jednak nie jest dotąd rozstrzygnięte pytanie, czy należy w przebiegu gruźlicy płuc ciążę, jako czynnik pogarszający tę chorobę, przerwać. Pobieżny przegląd literatury najlepiej tę sprawę objaśnia.

Kleinwächter sądzi (1878), że poronienie sztucznie wywołane źle wpływa na gruźlicę płuc, i radzi wywoływać tylko poród przedwczesny i to w przypadkach, w których matka jest bezwarunkowo stracona. Ahlfeld (1881) pisze że ciąża jest groźnem powikłaniem gruźlicy płuc, ale sam nie wywołuje sztucznego poronienia. Dunkan (1890) wywoływał w gruźlicy płuc z dobrym skutkiem poród przedwczesny i wypowiada zdanie, że często gruźlica płuc przez równoczesne powikłanie ciążą szybko się pogarsza. Radzi w tych przypadkach wówczas ciążę przerywać. Kleinwächter uważa w 12 lat po swej powyżej przytoczonej publikacyi przerwanie ciąży w gruźlicy jeszcze za ciężki zabieg i »ultimum refugium«.

Maragliano (1893) wykazał pierwszy w liczbach znaczenie ciąży w gruźlicy płuc. Podług statystyki jego w równym okresie czasu zmarło 94% gruźliczych ciężarnych, a tylko 18% gruźliczych nie ciężarnych. Z tego powodu zaleca Maragliano gorąco w ciąży u gruźliczych wywołanie sztucznego poronienia. Ten sam badacz wyraża się kilka lat później na Zjeździe dla zwalczania gruźlicy (Berlin 1899) w następujący sposób w sprawie wywoływania poronienia u gruźliczych ciężarnych. »Prawdą jest, że niektóre kobiety gruźlicze znoszą ciążę bez szkody, ale niemniej pewną jest rzeczą, że gruźlica u wielu kobiet w ciąży lub po porodzie nabiera cechy choroby gwałtownie rozwijającej się. Ponieważ zaś nie mamy możności rozstrzygnięcia, czy gruźlica pogorszy się w następstwie ciąży zatem jedynym środkiem dla ochrony zdrowia chorej gruźliczej ciężarnej jest przerwanie ciąży. Im stan chorej gruźliczej jest lepszy, tem usilniej należy dążyć do przerwania ciąży. W przypadkach gruźlicy posuniętej u ciężarnych, możnaby się sprzeczać o celowość przerwania ciąży. W przypadkach gruźlicy łagodnej ograniczonej nie powinno być żadnej wątpliwości. Jeżeli trzeźwo i celowo myślimy o obronie ludzkości przed gruźlicą, to musimy wszelki sentymentalizm co do przypuszczalnych praw płodu odrzucić i na pierwszem, przedniem miejscu postawić prawo matki«.

Te bez ogródki i zastrzeżeń wypowiedziane słowa Maragliana nie zostały bez odpowiedzi.

Acconci zaleca w łagodnych przypadkach gruźlicy wywołanie poronienia, w ciężkich poród przedwczesny.

Loeb radzi w każdym przypadku w chwili pogarszania się gruźlicy płuc w przebiegu ciąży wywołać poronienie. Podobnie radzą postąpić Haymann i Bernheim.

Kaminer (1901) przytacza statystykę 50 przypadków gruźlicy powikłanej ciążą. W 66% przypadków stwierdził pogorszenie się sprawy gruźliczej w następstwie ciąży, a tylko w 16% przypadków nie wywarła ciąża zgubnego wpływu na gruźlicę płuc. Pracę swą kończy Kaminer następującym wnioskiem: »W gruźlicy płuc powikłanej ciążą lekarz może być uprawniony do przerwania ciąży. Nie można jednak uogólniać wskazań do przerwania ciąży w gruźlicy płuc, lecz należy je w każdym przypadku poszczególnie uzasadnić. Nie można się również oprzeć przekonaniu, że ciąża jest dla chorej na gruźlicę płuc nieszczęściem i że obowiązkiem lekarza będzie zwracać uwagę chorych gruźliczych na niebezpieczeństwo ciąży«.

Hamburger (1902) zastanawia się nad wpływem ciąży u chorych na gruźlicę płuc ze stanu robotniczego i zajmującą swą pracę kończy wnioskami, z których jeden, cechujący jego zapatrywanie na gruźlicę płuc powikłaną ciążą, przytaczamy: Ponieważ dla żony wyrobnika, chorej na gruźlicę płuc, ciąża jest nieszczęściem, ponieważ w czasie jej ciąży nie możemy leczyć jej choroby płuc, a przez to czas ciąży jest dla leczenia bezpowrotnie stracony, ponieważ zdolność do życia potomstwa chorych gruźliczych jest wątpliwa, a każda chora gruźlicza jest niebezpieczna dla otoczenia, przeto wzgląd na: 1) chorą, 2) rodzinę, 3) ogół, wymaga, by jedyną daną korzystną w 9-miesięcznym czasie ciąży wyzyskać, to znaczy ciążę przerwać, i to tem lepiej, im wcześniej. W rozprawach nad wykładem Hamburgera, którego zapatrywania zbliżone są bardzo do przytoczonych powyżej zapatrywań Maragliana, wystąpiono z zapatrywaniami mniej radykalnemi. Szczególniej podnieść należy głos Kaminera, który zwalcza jednostronne stanowisko Maragliana i Hamburgera, wskazując na to, że nie każda gruźlicza żona robotnika ginie przez ciążę i że nie każde sztuczne poronienie chroni gruźliczą ciężarną przed posuwaniem się sprawy gruźliczej. Również nie jest udowodnione, że każde dziecko zrodzone z gruźliczej jest gruźlicze, tak, że odpada wzgląd na ogół. Można być uprawnionym, ale nie obowiązanym do przerywania ciąży w gruźlicy płuc. Należy jednak nie podług ogólnych, ale podług poszczególnych wskazań postępować. Również Jakob nie zgadza się w zupełności na zapatrywanie Hamburgera, radzi umieszczać ciężarne gruźlicze w odpowiednich warunkach higienicznych, a wreszcie czekać i ewentualnie wywołać poród przedwczesny. I inni mowcy, jak Heymann, Dührssen, Lenhoff, Senator. sprzeciwiają się bezwzględnemu stanowisku Hamburgera i doradzają bądź wyczekiwać wyraźnego pogorszenia choroby, bądź przeprowadzić odpowiednie leczenie chorej, bądź zapobiegać zastąpieniu.

Schauta (1902) uważa gruźlicę płuc za bardzo niekorzystne powikłanie ciąży. Sądzi on, że w przypadkach ciężkiej gruźlicy płuc niewiele można się spodziewać z przerwania ciąży dla zdrowia matki. W przypadkach łagodnej gruźlicy płuc może być wywołanie wczesnego poronienia korzystnem dla dalszego przebiegu choroby płuc. W gruźlicy płuc prosówkowej należy wywołać poród przedwczesny, jeżeli płód jest już zdolny do życia.

Jakoby (1904), w pracy, opartej na 228 przypadkach przerwania ciąży z powodu różnych chorób, a więc i gruźlicy płuc, wywodzi, że jeżeli tylko jest możliwem, to należy z przerwaniem ciąży czekać tak długo, aż płód stanie się zdolnym do życia (Lorey).

Frigyesi (1905) podaje, że sztuczne przerywanie ciąży w gruźlicy płuc wchodzi w rachubę tylko w pierwszych miesiącach ciąży i to wtedy, jeżeli mimo leczenia spostrzegamy szybkie posuwanie się sprawy gruźliczej.

Küstner (1905), Sokołowski (1904), Rosthorn i Fränkel (1906) zgodnie sądzą, że ciążę u chorych gruźliczych, można niekiedy przerywać, że jednakowoż należy sprawę tę oddzielnie dla każdego przypadku rozstrzygać. Ponieważ zdaniem Rosthorna niekiedy daje się zauważyć nawet korzystny wpływ gruźlicy na ciążę, lub też ciąża nie pogarsza stanu chorobowego, przeto należy u ciężarnych z gruźlicą płuc zawsze wyczekiwać. Bezwzględnie powinno się wywoływać poronienie, gdy gruźlica szybko w ciąży się rozwija, wśród gorączki, wychudzenia, krwioplucia, gruźlicy krtani.

Pradella (1906) uważa wczesne przerwanie ciąży w gruźlicy płuc za sprawę, której słuszność nie podlega wątpliwości.

Również Ploos van Amstel (1907) radzi wczesne przerwanie ciąży u kobiet chorych na gruźlicę płuc, i to zanim stan płuc zacznie się pogarszać. Tylko wówczas, gdy matkę uważać należy za straconą, można zaniechać tego zabiegu.

Cornet (1907) stwierdza w dziele swem o gruźlicy płuc, że gruźlica płuc przez powikłanie ciążą pogarsza się. Z powodu parcia w czasie porodu, oraz głębokich wdechów dostaje się gruźlicza, zakażona plwocina do odległych od ogniska gruźliczego odcinków płuc i tam dopiero po jakimś czasie wywołuje zakażenie. Z tego powodu często stwierdzamy rozszerzenie i pogorszenie się sprawy gruźliczej w $^1/_4$—$^1/_2$ roku po porodzie.

W roku ubiegłym podał Hofbauer ciekawą statystykę gruźlicy płuc powikłanej ciążą, opartą na 235 przypadkach. W 55·7% przypadków wykazał pogorszenie gruźlicy w przebiegu ciąży.

W bardzo starannej rozprawie statystycznej przedstawiają Pankow i Küpferle (1911) w liczbach wpływ ciąży na gruźlicę płuc. Rozróżniają oni w swej pracy gruźlicę płuc czynną (manifest) i nieczynną (latent) podług określenia A. Fränkla. Gruźlica już od początku ciąży czynna, pogarsza się w 90% przypadków, bądź to w ciąży, bądź to w połogu, a w 56% przypadków kończy się w ciągu roku zejściem śmiertelnem. W gruźlicy płuc nieczynnej, powikłanej ciążą, tylko w $3^1/_2$% przypadków choroba tak się pogorszyła, że zakończyła się śmiercią.

Nie brak jednak spostrzeżeń i zapatrywań badaczy, którzy wprost (Ahlfeld, Löhlein, Runge, Pinard, Veit, Gönner, Burghardt, Bockelman, Weinberg i w. i.) odrzucają gruźlicę płuc jako wskazanie do przerywania ciąży, gdyż albo twierdzą, że ciąża nie wpływa szkodliwie na gruźlicę płuc, albo też, że gruźlica płuc może być korzystnie leczona w przebiegu ciąży, albo też, że poronienie dokonane nie wstrzymuje gruźliczej sprawy w płucach, a nawet ją pogarsza.

Obecne zapatrywania na ciążę i gruźlicę znalazły od-

dźwięk w Zjeździe ginekologów niemieckich w Monachium (1911), gdzie sprawę tę poruszało kilku mowców. Veit z Halle twierdzi, że wpływ ciąży na gruźlicę płuc nie jest równomierny. Spostrzegał pogorszenie się sprawy gruźliczej i śmierć po porodzie, jak również brak wszelkiego ujemnego wpływu porodu, a nawet kilku porodów na gruźlicę płuc. W razie powikłania gruźlicy ciążą radzi dokładne badanie i szczegółowe rozstrzyganie w każdym przypadku. Burghardt z Bazylei badał 160 położnic, u których w 72—45% stwiedził zmiany gruźlicze w płucach. Mimo tego nie wykazał ani pogorszenia stanu płuc, ani stanu ogólnego, ani też podniesienia ciepłoty ciała.

Z przypadków gruźlicy płuc powikłanej ciążą, przytoczonych w piśmiennictwie i spostrzeganych przez nas, stwierdzano pogorszenie sprawy gruźliczej w następującym stosunku:

Fellner-Schauta	68·3%
Kaminer	66%
Reiche	77%
v. Rosthorn	100%
Tremol	38%
Pradella	90%
Bruine Ploos v. Amstel	100%
Hofbauer	55%
Pankow-Küpferle	90%
v. Bardeleben	80%
Ambulatoryum krakowskiej Kliniki chorób wewn.	78%

Śmiertelność zaś wynosiła:

Grisolle	30%
Kaminer	61%
Rosthorn	16%
Lebert	72%
Pradella	26%
de Bruine Ploos v. Amstel	100%

Nadmienić również należy, że wykazano doświadczalnie na zwierzętach zgubny wplyw ciąży na przebieg gruźlicy. Herman i Hartl wykazali na świnkach morskich, że w 71% przypadków ciąża wywierała przyspieszający wpływ na przebieg gruźlicy płuc zakażonych zwierząt, w 29% przypadków zaś nie było tego wpływu.

Bardeleben stwierdził, że przewlekle przebiegająca gruźlica płuc rzadko pogarsza się przez powikłanie ciążą. Gruźlica czynna płuc w 80% przypadków pogarsza się bezpowrotnie przez powikłanie ciążą. Ze względu na to niebezpieczeństwo uważa Bardeleben czynną jawną gruźlicę płuc za wskazanie do przerwania ciąży. Doświadczenie swoje opiera na 800 przypadkach gruźlicy płuc powikłanej ciążą. W tych tylko 116 razy wywoływał poronienie. Pankow z Fryburga wywoływał w przypadkach gruźlicy czynnej zawsze poronienie. W przypadkach gruźlicy nieczynnej radzi wyczekiwać. Cristofoletti i Thaler z Wiednia radzą na podstawie prac doświadczalnych z kliniki Schauty stosować wczesne poronienie w przypadkach początkowej gruźlicy płuc.

Nasuwa się w końcu pytanie, w czem tkwi przyczyna niekorzystnego wpływu ciąży na gruźlicę płuc. Jako najważniejsze czynniki, niekorzystnie wpływające w ciąży na gruźlicę płuc, wymienić należy następujące: a) Przyczyny mechaniczne, powodujące, szczególniej w późniejszych miesiącach ciąży, upośledzenie stosunku narządu oddychania do zwiększonego krążenia; b) ogólne osłabienie ustroju w następstwie ciąży, oraz przypadłości jej towarzyszących (wymioty, brak łaknienia, przygnębienie i t. d.); c) zmiany anatomiczne w krtani i płucach, polegające na przekrwieniu, obrzęku i nacieku drobnokomórkowym; d) zmniejszenie się wskaźnika opsonicznego surowicy krwi; e) zmniejszenie się lipolitycznych własności surowicy krwi; f) hyperglikemia. Te wielorakie przyczyny, a pewno jeszcze i inne, dotąd nieznane, działają niekorzystnie w ciąży na gruźlicę płuc. W czasie porodu działają niekorzystnie na sprawę gruźliczą w płucach rozmaite okoliczności, z których jako najważniejsze wymieniamy: Znaczne podniesienie i nagłe zmiany w parciu krwi w naczyniach krwionośnych, gwałtowna czynność narządu oddychania w czasie porodu, która może wywoływać nietylko krwioplucie, ale i wpędzanie wydzielin gruźliczych w zdrowe odcinki płuc, ogólna suma pracy nagle wykonanej w czasie porodu. Często dopiero w czasie połogu ujawnia się niekorzystny wpływ wszystkich czynników, działających poprzednio w ciąży i podczas porodu. Dlaczego ciąża czasem u niektórych chorych nie wywiera wpływu niekorzystnego na gruźlicę płuc, dlaczego zaś niekorzystny wpływ ciąży na gruźlicę płuc ujawnia się u jednych chorych już w początkach lub dalszym przebiegu ciąży, u innych zaś dopiero w jakiś czas po porodzie, dzisiaj rozstrzygnąć nie możemy.

Na podstawie tego, cośmy przytoczyli, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w przeważającej większości przypadków ciąża wpływa bardzo niekorzystnie na przebieg gruźlicy płuc, tak, że przez to zagraża pośrednio życiu matki.

II.

Czy można w poszczególnych przypadkach określić jakim będzie wpływ ciąży na gruźlicę płuc?

Ciążę spotykamy jako powikłanie w rozmaitych okresach gruźlicy płuc. Najrzadziej zdarza się świeży rozwój gruźlicy płuc w przebiegu ciąży. Najczęściej zaś napotykamy następujące powikłania: a) W ciąży ujawnia się dotąd ukryta gruźlica płuc; b) ciąża w przypadkach gruźlicy płuc postępującej (w okresie I lub II podług Turbana); c) ciąża w gruźlicy płuc bardzo posuniętej; d) ciąża w niepostępującej, nieczynnej gruźlicy płuc.

Na podstawie doświadczenia klinicznego orzec można, że niepodobna zapomocą dzisiejszych sposobów badania przewidzieć w poszczególnych przypadkach, jaki obrót weźmie sprawa gruźlicza w przebiegu ciąży.

Ani badanie fizyczne zachowania się płuc, ani kontrola wagi ciała, ani też mierzenie ciepłoty ciała nie dają nam żadnej rękojmi, że ciąża nie wpływa niekorzystnie na gruźlicę płuc. Bardzo często gruźlica płuc w przebiegu ciąży, w którymkolwiek z powyżej wyliczonych okresów, nie okazuje postępów, chore nawet korzystnie się przedstawiają. Nierzadko dopiero po porodzie występują objawy gwałtownie rozwijającej się gruźlicy płuc.

Co do szczególnego wpływu różnych okresów ciąży na przebieg gruźlicy płuc, zdaniem naszem również nic pewnego powiedzieć nie można. W jednych przypadkach pogorszenie stanu płuc występuje już w pierwszych miesiącach ciąży, w drugich w końcowych miesiącach ciąży, w innych wreszcie, jak wspomnieliśmy, dopiero po porodzie.

Co do wpływu ciąży zaś na okresy gruźlicy płuc, wyliczone powyżej pod a) b) c) d), to w krótkości można powiedzieć co następuje: W gruźlicy płuc, świeżo rozwijającej się w ciąży, w gruźlicy płuc I i II stopnia (podług Turbana), postępującej, w przypadkach posuniętej gruźlicy płuc, ciąża wpływa prawie zawsze niekorzystnie na przebieg choroby. W przypadkach gruźlicy płuc nieczynnej dość często ciąża nie wpływa na sprawę gruźliczą i chore po porodzie nadal pozostają względnie zdrowemi. Dlatego przypadki gruźlicy płuc nieczynnej należy osądzać odmiennie, aniżeli przypadki wyliczone pod a), b), c). Lecz i tu należy bacznie spostrzegać i jeżeli w przypadkach takich chore poczynają gorączkować, pocić się, tracą na wadze ciała, nawet przy nie zmieniających się na gorsze objawach fizycznych w płucach, a tembardziej przy zwiększających się objawach fizycznych, należy przerwać ciążę. Taksamo wykrycie u tych chorych, nie stwierdzanych dotąd prątków w plwocinie, krwioplucie, wysiękowe zapalenie opłucnej, uprawniają do przerwania ciąży..

Wszelkie wyczekiwanie stanowczego i bardziej groźnego zwrotu gruźlicy płuc ku gorszemu, jako chwili rozstrzygającej o przerwaniu ciąży, uważamy za niestosowne. Kunktatorstwo takie doprowadza do tego, że przerywamy ciążę już w takim okresie gruźlicy płuc i w takim stanie sił ustroju, że nie często jeszcze można się spodziewać wstrzymania postępu sprawy chorobowej.

Zapatrywanie to odnosi się także i do okresów gruźlicy płuc, wyliczonych powyżej pod a), b), c).

W tem miejscu należy także wspomnieć, że dla ściślejszej oceny odporności ustroju zakażonego gruźlicą stosowano w celu oznaczenia chwili, w której należy w przebiegu gruźlicy płuc przerwać ciążę, odczyny biologiczne tuberkulinowe, jak odczyn Pirqueta i Calmetta. Usiłowania te nie wydały jednak dotąd owoców, dających się klinicznie zużytkować.

Z tego, cośmy przytoczyli, wynika, że nie możemy w żadnym z przypadków gruźlicy płuc przewidywać, jak ciąża wpłynie na nią, (odnosi się to nawet do tych przypadków, w których chore z gruźlicą płuc, już poprzednio bez szkody jedną lub więcej ciąż przebyły), i że z tego samego powodu nie możemy wyróżnić na pewne tych przypadków, w którychby ewentualnie ciąża nie wpływała szkodliwie na gruźlicę płuc.

Wyjątek stanowią tylko przypadki ciąży w gruźlicy płuc nieczynnej. W przypadkach tych można z wielkiem prawdopodobieństwem spodziewać się, że ciąża nie wpłynie szkodliwie na sprawę gruźliczą w płucach. Ale i w tych przypadkach, jak powiedziano powyżej, konieczne jest baczne spostrzeganie.

III.

Czy przerwanie ciąży w przebiegu gruźlicy płuc wpływa korzystnie na zdrowie matki?

Dane statystyczne, zebrane w tym kierunku z literatury, przedstawiają się w następujący sposób: Pradella miał wynik korzystny dla zdrowia matek w 78% przypadków, jeżeli nie uwzględniał okresu gruźlicy płuc. Jeżeli zaś uwzględniał okresy gruźlicy płuc, to wyniki były następujące: W okresie pierwszym w 89% przypadków wynik dodatni, w 11% przypadków ujemny. W okresie drugim w 83% przypadków wynik dodatni, w 17% przypadków ujemny. W okresie trzecim w 25% przypadków wynik dodatni, w 75% przypadków ujemny.

Kaminer wykazał w 70% przypadków korzystny wpływ przerwania ciąży dla zdrowia matek. W 12% przypadków nastąpiło w końcu zejście śmiertelne.

Kiewe miał w 60% przypadków poprawę stanu zdrowia matek, w 10% przypadków pogorszenie, w 30% przypadków zejście śmiertelne.

Pankow i Küpferle zestawili w tej sprawie materyał statystyczny, ugrupowany podług okresów gruźlicy oraz podług miesięcy, w których ciążę sztucznie przerwano. Przypadki swe dzielą oni na grupy, a mianowicie:

I. Grupa. Przerwanie ciąży do IV miesiąca ciąży.

Wynik ogólny:

	Ilość przypadków	Zmarło	Pogorszenie	Stan ten sam	Poprawa
I. okres . .	61	—	6	11	44
II. okres . .	5	1	1	—	3
III. okres . .	2	2	—	—	—

Odsetkowo:

	Poprawa	Pogorszenie
I. okres . . .	90%	10%
II. okres . . .	60%	40%
III okres . . .	0%	100%

Wyniki te należy uważać za korzystne. Jakkolwiek u 11 chorych stan pozostał ten sam, to nie zmienia jednak istoty rzeczy, gdyż, jak słusznie autorowie podnoszą, przerwanie ciąży nie leczy gruźlicy, ale usuwa tylko jedną z przyczyn, pogarszających warunki wyzdrowienia chorych.

II. Grupa. Przerwanie ciąży między V a VII miesiącem ciąży.

Wynik był następujący:

	Poprawa	Pogorszenie
I. okres . . .	66·6%	33·3%
II. okres . . .	20%	80%
III. okres . . .	0%	100%

Wyniki przerywania ciąży w tym okresie ciąży są już gorsze, niż w grupie I, ale jeszcze korzystne.

III. Grupa. Przerwanie ciąży między VIII a IX miesiącem ciąży.

Wynik był następujący:

	Dobrowolny poród przedwczesny			
	Śmierć	Pogorszenie	Stan ten sam	Poprawa
I. okres . . .	33·3%	—	33·3%	33·3%
II. okres . . .	100%	—	—	—
III. okres . . .	50%	—	—	50% (Pleuritis exs.)

	Sztucznie wywołany poród przedwczesny			
	Śmierć	Pogorszenie	Stan ten sam	Poprawa
I. okres . . .	—	50% (powolne)	—	50%
II. okres . . .	40%	20%	—	40%
III. okres . . .	100%	—	—	—

Z zestawienia wszystkich przypadków wynika:

Niekorzystny przebieg choroby po przerwaniu ciąży

w I. grupie . . . . . 12·1%
II. » 66.%
III. » . . . . . 70·6%

Korzystny zaś wynik:

w I. grupie . . . . . 87·9%
II. » . . . . . 33·3%
III. » . . . . . 29·4%

Widać więc z tego, że przerwanie ciąży między I. a IV. miesiącem ciąży w czynnej gruźlicy płuc jest dla zdrowia matek dotkniętych tą chorobą bardzo korzystne. Mniej korzystne wyniki uzyskujemy, przerywając ciążę w późniejszych okresach (II. i III.) Jednakowoż i wtedy możemy mieć korzystne wyniki, jeżeli nie będziemy zbytnio wyczekiwać znacznego pogorszenia się stanu chorobowego i jeżeli czynność porodową o ile możności skrócimy, względnie jeżeli zastosujemy odpowiednie zabiegi operacyjne (cięcie pochwowe).

Nasze własne doświadczenie wykazuje nam również, że w przeważającej większości przypadków przerwanie ciąży, szczególnie w pierwszych jej miesiącach i początkowych okresach gruźlicy płuc, korzystnie wpływa na zdrowie matek.

Ciężarną z gruźlicą płuc nieczynną należy umieścić w jak najlepszych warunkach (sanatorya) i, jak to wyżej powiedziano. można się z wielkiem prawdopodobieństwem spodziewać, że sprawa chorobowa w płucach nie pogorszy się w przebiegu ciąży. W razie objawów, zwiastujących posuwanie się sprawy chorobowej, należy ciążę, nie wyczekując długo, przerwać. Wynik zazwyczaj jest dla sprawy chorobowej w płucach korzystny.

IV.

Jaki jest los dzieci, zrodzonych z matek gruźliczych?

Nie posiadamy w tym kierunku własnego doświadczenia. Również dane z literatury są nader skąpe. Przytaczamy je w krótkości: Zirckel wykazał 53% śmiertelności u dzieci zrodzonych z matek gruźliczych, Deibel 78%. Ploss von Amstel spostrzegał 17 dzieci zrodzonych z matek gruźliczych; z tych zmarło 12 w pierwszym roku życia, a po dwóch latach jeszcze tylko dwoje dzieci pozostało przy życiu. Weinberg stwierdził, że z 321 dzieci zrodzonych z matek gruźliczych (a których matki zmarły w rok po porodzie) po roku zmarło 217 czyli 67·9%.

Nie ulega zatem najmniejszej wątpliwości, że los dzieci zrodzonych z matek gruźliczych jest bardzo smutny. Większość dzieci wcześnie umiera, a te, które pozostają przy życiu, są po największej części chorowite.

W tem miejscu nadmienić należy, że u ciężarnych gruźliczych bardzo często następuje samorodne przerwanie ciąży. Podług Pankowa zdarza się ono u gruźliczych między V. a VII. miesiącem ciąży w 14·3% przypadków, między VIII. a IX. miesiącem w 41·4% przypadków. Na pewno powiedzieć można, że gruźlicze ciężarne tylko małą ilość ciąży kończą prawidłowo.

Uwagi te odnoszą się do ciąży i do dzieci zrodzonych w przebiegu gruźlicy płuc postępującej.

Los dzieci, zrodzonych z matek z objawami gruźlicy nie postępującej, jest znacznie korzystniejszy. Podług Pankowa, śmiertelność wśród takich dzieci wynosiła 25·9% (w pierwszym roku życia), natomiast ogólna śmiertelność dzieci w pierwszym roku życia wynosiła w tym samym roku i w tej okolicy 19·5%.

Wynik całego naszego zestawienia doprowadza nas do następujących wniosków:

Ponieważ ciąża wpływa zwykle bardzo niekorzystnie na czynną gruźlicę płuc, ponieważ nie można przewidzieć, jak i kiedy niekorzystny wpływ ciąży na gruźlicę płuc się ujawni, ponieważ przerwanie ciąży w przebiegu postępującej gruźlicy płuc w odpowiednim czasie wydaje korzystne wyniki, a w końcu, ponieważ nadzieja utrzymania przy życiu dzieci zrodzonych z ciężarnych gruźliczych jest małą względnie, ponieważ jest wielkie prawdopodobieństwo u matek gruźliczych samorodnego przerwania ciąży, zatem przerwanie ciąży w przebiegu postępującej gruźlicy płuc jest zabiegiem ze stanowiska lekarskiego usprawiedliwionym.

W gruźlicy płuc nieczynnej, niepostępującej, powikłanej ciążą, możemy wyczekiwać i spodziewać się dobrego wyniku, szczególnie wtedy, jeżeli chorą umieścimy w odpowiednich warunkach higieniczno-dyetetycznych, najlepiej w sanatoryum dla chorych piersiowych.

Postępowanie lecznicze sanatoryalne może być przy ścisłem spostrzeganiu lekarskiem stosowane także i w poszczególnych przypadkach gruźlicy płuc czynnej, powikłanej ciążą. Jednakowoż, jak to już powyżej powiedziano, nie można zbyt długo na poprawę wyczekiwać.

W gruźlicy płuc bardzo rozległej, a posuwającej się szybko, należy więcej uwzględniać życie dziecka, aniżeli matki. Ponieważ w przypadkach takich prawie na pewno twierdzić można, że postępów gruźlicy płuc, mimo przer-

wania ciąży nie wstrzyma się, a zatem, że i życia matki uratować nie można, przeto należy usiłować utrzymać dziecko przy życiu przez troskliwą pieczę o matkę. W ostatnich kilku tygodniach ciąży, można wywołać poród przedwczesny. jeżeli zachodzi obawa, że z powodu trudności oddychania matki nastąpią zaburzenia w oddychaniu płodu.

W końcu należy rozstrzygnąć pytanie, w którym okresie ciąży należy ją w przebiegu gruźlicy płuc przerywać?

Na podstawie powyżej przytoczonych danych niewątpliwie radzić można przerywać ciążę w gruźlicy płuc we wczesnych jej okresach. Przerywanie ciąży z powodu gruźlicy płuc w drugiej połowie ciąży daje dla zdrowia matek wyniki gorsze. By uniknąć szkodliwego wpływu czynności porodowej dla zdrowia matki, stosować można w końcowych okresach ciąży zabiegi operacyjne.

Gruźlica krtani.

Literatura dotycząca powikłania ciąży gruźlicą krtani jest dość skąpa.

W roku 1901 zwracał Kuttner uwagę na powikłanie ciąży gruźlicą krtani. Potem sprawę tę omawiano kilkakrotnie (Goldkesen, Löhnberg, Veis, Sokołowski. Kuttner, Lewinger i inni). Dzisiaj nie ulega już najmniejszej wątpliwości, że ciąża zawsze gwałtownie pogarsza gruźlicę krtani. Zdanie Kuttnera, że prawie każda ciężarna, która jest chora na gruźlicę krtani, bezwarunkowo w krótkim czasie ginie, zostało ogólnie potwierdzone.

A. Levy zebrał 71 przypadków gruźlicy krtani w ciąży i wykazał, że z tych przypadków po porodzie tylko jedna chora, u której wykonano tracheotomię, pozostała jeszcze po 8 latach przy życiu, inne chore (57 przypadków) zmarły wkrótce po porodzie. W 14 przypadkach nie mógł Levy zebrać pewnych wiadomości.

Kuttner (1905) przedstawia materyał przypadków gruźlicy krtani, powikłanej ciążą, obejmujący około 100 przypadków. Odjąwszy od tych przypadków trzy korzystne, w których przerwano ciążę w III. lub V. miesiącu, stwierdził Kuttner, że tylko 7 kobiet przetrwało ciążę, wszystkie inne zginęły w następstwie gruźlicy. Z 66 dzieci zaś, o których statystyka ta mówi, zmarło 60% wkrótce po porodzie. W rok po urodzeniu żyło tylko 10 dzieci, a z tych czworo było słabowitych. W 6 przypadkach przerwano ciążę w VI. miesiącu ciąży, z wynikiem niekorzystnym dla wszystkich matek. W 6 innych przypadkach przerwano ciążę w III. lub IV. miesiącu. Z trzech tych przypadków po roku chore żyły jeszcze i były zdolne do pracy. W jednym z tych przypadków chora po 2 latach przebyła jeszcze jedną ciążę.

Ze smutnej tej statystyki oraz danych z najnowszej literatury i kilku własnych naszych spostrzeżeń wynika, że:

a) Gruźlica krtani w ciąży zmusza do bardzo niepomyślnego rokowania dla ciężarnej.

b) Śmiertelność dzieci jest w przypadkach, w których matki okazywały gruźlicę krtani, bardzo znaczna.

c) Powody wyliczone pod a) i b) uprawniają do przerwania ciąży powikłanej gruźlicą krtani, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo uratowania życia matki.

d) Prawdopodobieństwo to istnieje tylko wówczas, gdy wywołujemy poronienie we wczesnych miesiącach ciąży, nie czekając na wytworzenie się większych zmian w krtani i pogorszenie się stanu ogólnego chorej.

e) W przypadkach późnej ciąży widoki korzystnego wpływu przez przerwanie ciąży są bardzo małe. Można w przypadkach takich wykonać tracheotomię.

Wady serca.

Czy w wadach serca jesteśmy uprawnieni do przerwania ciąży, było, a po części i dotąd jest przedmiotem rozlicznych rozpraw. Powyżej wspomniany Kleinwächter, dalej Ahlfeld, Wessner, Schlayer, Webster, Lwoff, Gusserow i in. zaliczają się do przeciwników przerywania ciąży w przebiegu wad serca.

Ahlfeld krótko wypowiada zdanie, że w chorobach serca »nie jest zwyczajem przerywać ciążę«. Wessner na podstawie spostrzeżeń z kliniki berneńskiej dochodzi do wniosku, że należy poprzestać na leczeniu w ciąży wad serca. Uwzględnia tylko możliwość wywołania porodu przedwczesnego. Schlayer przyznaje wprawdzie, że spotykamy przypadki wad serca powikłane ciążą, w których należy przerwać ciążę, uważa jednak taki zbieg okoliczności za bardzo rzadki Nie spodziewa się nadto z przerwania ciąży pożytku dla chorej. Także Webster i Lwoff radzą tylko w rozpaczliwych przypadkach wad serca przerywać ciążę. Gusserow i Philips sądzą, że wady serca nie dają wskazania do przerwania ciąży. Również Joss radzi czekać w przypadkach wad serca powikłanych ciążą, gdyż sądzi, że ciężarna z wadą serca niewyrównaną i tak jest stracona. Herse spostrzegał, że wszystkie ciężarne z wadami serca przebyły ciążę i poród szczęśliwie.

Nie brak jednak poważnych badaczy, którzy, jak Doleris, Lusk, Leyden, Grumow, Gerard, Demelin, Feis, Wright, Jaworski, Schauta, Fellner. Pinard, Veit i inni, nie sprzeciwiają się lub przemawiają za przerywaniem ciąży w przebiegu wad serca.

Zdania niektórych przytaczamy.

Leyden sądzi, że w przypadkach wad serca powikłanych ciążą, w których środki wewnętrzne zawodzą, jest lekarz uprawniony do przerwania ciąży. Podobnego zdania jest Solowieff. Guerard radzi wzniecać wczesne poronienie a nie poród przedwczesny u tych wielorodek, u których już w poprzednich ciążach zjawiały się objawy niedomogi serca. Wright zwraca szczególnie uwagę na to, czy wcześnie występują mimo leczenia wewnętrznego objawy zaburzeń ze strony krążenia; przerywa wtedy ciążę, jeżeli zaburzenia mimo leczenia zjawiają się. Tego samego zdania jest Schauta, ktory nadto radzi przy zwężeniu ujścia żylnego lewego nawet przy nieznacznym stopniu niedomogi serca ciążę przerywać. Freund uważa za bezwzględnie wskazane przerwać ciążę w przebiegu wady serca, jeżeli środki wewnętrzne nie wyrównują niedomogi serca. Pinard radzi każdy przypadek wadą serca powikłanej ciąży dokładnie z osobna oceniać. Veit usiłuje, jak długo się tylko da, działać środkami wewnętrznymi i dopiero w ostatecznej chwili przerywać ciążę, gdy wszystkie środki wewnętrzne zawodzą. Borkelman tylko wtedy przerywa ciążę, jeżeli już we wczesnych jej okresach występuje niedomoga, lub jeżeli niedomoga serca zjawiała się już w poprzednich

ciążach. Hannes podał w bieżącym roku małą, ale pouczającą statystykę o przebiegu wad serca powikłanych ciążą. Spostrzegał on 15 przypadków wad serca powikłanych ciążą. W 8 przypadkach wyrównanych wad serca ciąża i poród przebiegły prawidłowo. W 7 przypadków, w których wady serca były niewyrównane, w 5 zakończyła się ciąża śmiercią. Jedna z chorych zginęła w VI. miesiącu ciąży, jedna po wywołaniu porodu przedwczesnego, dwie wkrótce po porodzie samoistnym przedwczesnym, u jednej wykonano cięcie cesarskie. Z chorych, które ocalały, jedna przebyła szczęśliwie ciążę, leczona naparstnicą, u drugiej zaś wywołano w IV. miesiącu poród przedwczesny, gdyż już w poprzedniej ciąży zjawiały się u niej objawy niedomogi serca. Ta chora była po zabiegu względnie zdrową.

Na podstawie doświadczenia własnego oraz obcego, zebranego z literatury, zapatrujemy się w następujący sposób na sprawę wad serca powikłanych ciążą i wynikające stąd wskazania do przerywania ciąży.

Serce prawidłowe zdolne jest do pokrycia wszystkich potrzeb ustroju, wzmagających się w przebiegu ciąży, wskutek rozwoju krążenia macicznego, przypuszczalnego zwiększenia się ilości krwi u ciężarnych, wzmożenia się parcia śródbrzusznego i zastoju żylnego, powstającego w jamie brzusznej w późniejszych miesiącach ciąży.

Na serce niezupełnie zdrowe wpływają jednak w pewnych warunkach ciąża, poród i połóg tak niekorzystnie, że nietylko zjawiają się objawy ciężkiej niedomogi serca, lecz nawet następuje czasem zejście śmiertelne.

Doświadczenie kliniczne poucza jednakowoż, że chore z wadami serca wyrównanemi zazwyczaj dobrze znoszą ciążę, poród i połóg, lub że tylko doznają nieznacznych przypadłości z przyczyny schorzenia serca. Na 1525 porodów u chorych z wadami serca, spostrzeganych w klinice wiedeńskiej, $^7/_8$ przebiegało prawidłowo, śmiertelność wyniosła zaś 0·25%.

Odmiennie przedstawia się jednak sprawa w wadach serca niewyrównanych, powikłanych ciążą. Możliwe są wówczas dwa wypadki: albo rozwija się ciąża u chorej z wadą serca już niewyrównaną, albo też zaburzenie wyrównania występuje dopiero w przebiegu ciąży. Pierwszy wypadek jest rzadszy. Częściej wywołują zwiększone przez ciążę wymogi wobec pracy serca dopiero w przebiegu ciąży, a szczególnie w czasie porodu, objawy niewyrównania, które mogą dosięgać tak znacznego stopnia, że wywołują nawet zejście śmiertelne.

Jak należy postąpić w przebiegu ciąży, powikłanej niewyrównaną wadą serca?

Najpierw należy usiłować podług zwykłych zasad leczenia niewyrównanych wad serca czynność serca doprowadzić do okresu wyrównania. Leżenie w łóżku, dyeta odpowiednia, zupełny spokój, naparstnica i t. d., nieraz w krótkim czasie tak poprawiają czynność serca, że ciąża przebiega dalej bez ponownych zaburzeń w wyrównaniu. Jeżeli jednakowoż leczenie pozostaje bez skutku, jeżeli utrzymuje się stale przyspieszenie tętna, niemiarowość tętna, duszność, jeżeli występują obrzęki na kończynach dolnych i inne objawy zaburzonego wyrównania, należy myśleć o przerwaniu ciąży. Przerywając ciążę, usuwamy bowiem z jednej strony wszystkie swoiste szkodliwe wpływy ciąży na narząd krążenia, z drugiej zaś usuwamy niebezpieczeństwo porodu, mającego dojść prawidłowo, tj. na czasie do skutku.

Najniebezpieczniejszym okresem dla chorych ciężarnych z niewyrównaną wadą serca jest sam poród. Największa liczba ciężarnych z wadami serca ginie wśród porodu lub bezpośrednio po nim. Z tego powodu należy usilnie się starać, by poród u chorych z wadami serca odbywał się w okresie zupełnego wyrównania. Również z tego samego powodu wskazanem jest, by w niewyrównanych wadach serca wywoływać wcześnie poronienie, a nie w późnych miesiącach ciąży poród przedwczesny. Wywołując bowiem poród przedwczesny, narażamy chorą na prawie tesame szkodliwe wpływy, jak przy porodzie. Jeżeli w późnych miesiącach ciąży nie można mimo leczenia usunąć groźnych zaburzeń w wyrównaniu, wskazanem nieraz jest obejść czynność porodową i wysiłki z nią połączone zabiegiem operacyjnym. Stwarzamy przez to dla matki korzystniejsze warunki dla wyrównania wady serca, gdyż oszczędzamy chorej całą sumę pracy, wykonywanej przy porodzie.

U ciężarnych wieloródek z wadą serca, u których w poprzednim porodzie występowała niedomoga mięśnia sercowego, należy przy następnej ciąży wywołać poronienie, nie oczekując znaczniejszego pogorszenia stanu serca. Równocześnie pamiętać należy, że nieraz chore z wadami serca jedną ciążę i poród przebywają bez żadnych zaburzeń w narządzie krążenia, a w następnej okazują objawy ciężkiego zaburzenia.

Doświadczenie poucza nas, że rodzaj wady serca nie ma znaczenia dla zachowania się narządu krążenia w przebiegu ciąży. Liczyć się należy tylko ze sprawnością mięśnia sercowego i jakością wyrównania wady sercowej. Osławione, jako niebezpieczne dla ciężarnych, zwężenie ujścia żylnego lewego podług naszego doświadczenia nieraz nie wywołuje w ciąży żadnych zaburzeń w wyrównaniu krążenia.

Choroby mięśnia sercowego są zawsze groźne w przebiegu ciąży i są bezwzględnym powodem do przerwania ciąży.

Każda chora z wadą serca powikłaną ciążą powinna być pod stałym nadzorem lekarskim. Jeszcze bardziej wymaga szczegółowej opieki lekarskiej każdy poród u chorych z wadami serca. Zezwolenie lekarskie na zastąpienie w ciążę chorych z wadami serca zależy głównie od wyniku zbadania sprawności narządu krążenia. Często zachodzenie w ciążę powinno być nawet chorym z wyrównanemi wadami serca stanowczo odradzane.

Prawidła, wygłoszone tutaj co do wad serca powikłanych ciążą, odnoszą się także do wszelkich innych stanów chorobowych serca, jak przerostu serca, rozszerzenia serca, osłabienia serca w niedokrwistości, po krwotokach, po chorobach ostrych, przewlekłych i t. d. Na te wszystkie stany chorobowe serca może wpływać ciąża także ujemnie i może wywołać groźne przypadłości. Wówczas jest przerwanie ciąży równie uprawnione, jak w zwykłych wadach serca.

Choroby nerek.

W ciąży jest wydzielnicza praca nerek wzmożoną i to nietylko z powodu zwiększonej wymiany materyi, ale także

z powodu wydzielania przez nerki swoistych wytworów ciąży. Nie dziw więc, że w ciąży spotykamy nierzadko zadrażnienia lub uszkodzenia nerek. Stwierdzamy wówczas białko w moczu w mniejszej lub większej ilości, oraz elementy morfotyczne nerek. Objawy te najczęściej występują w końcowych okresach ciąży.

Punktem zwrotnym w zapatrywaniu na białkomocz w ciąży są badania Leydena. Stworzył on pojęcie białkomoczu, zależnego od ciąży i zapalenia nerek w ciąży (Schwangerschaftsniere). Od tego czasu wiemy, że w ciąży bardzo często zjawia się białko w moczu, czasem nawet w większych ilościach, a w osadzie moczowym tesame składniki morfotyczne, które cechują zwykłe zapalenie nerek. Mimo to, chociaż równocześnie czasem zjawiają się i poważniejsze objawy, jak n. p. obrzęki i t. d., po ukończeniu ciąży znika białko i inne objawy nerkowe. Ten przebieg, oraz zjawianie się białka w moczu dopiero w ciąży dowodzą, że był to białkomocz ciążowy. Prócz tego spotykamy w ciążach zwykłe sprawy zapalne nerkowe, jak ostre i przewlekłe zapalenie nerek, oraz spotykamy zapalenie nerek ciążowe, przechodzące w zwykłe zapalenie nerek, co się jednak nie często zdarza.

Rozstrzygając pytanie, czy białkomocz jest powodem do przerwania ciąży, w pierwszym rzędzie należy odpowiedzieć, czy białkomocz ten jest zwykłym białkomoczem ciążowym, czy też następstwem zwykłego zapalenia nerek.

Do dzisiaj w wielu przypadkach na podstawie badania moczu i chorej na pytanie to odpowiedzieć nie możemy. Tylko znikanie białka, a z nim i innych objawów po porodzie, dowodzi, że w danym przypadku istniał białkomocz ciążowy.

W pewnej części przypadków ciąży i białkomoczu możemy z wyraźnego przerostu serca i zmian na siatkówce na pewne wnosić, że istnieje zapalenie nerek przewlekłe. W wielu zaś przypadkach nie da się rozstrzygnąć rozpoznanie pomiędzy białkomoczem ciążowym i zapaleniem nerek ciążowem, a zwykłem zapaleniem nerek.

W przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, powikłanych ciążą, nie radzimy wyczekiwać pogorszenia stanu nerek lub serca i następstw tego pogorszenia, lecz radzimy wywołać wcześnie poronienie. Stanowisko takie wydaje się nam z tego powodu uzasadnione, ponieważ przerywanie ciąży dopiero w chwili zjawienia się zmian poważniejszych, nie poprawia najczęściej stanu chorej i ponieważ nie można się również spodziewać w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek donoszenia płodu żywego.

W przypadkach, gdzie na pewno rozpoznajemy białkomocz lub zapalenie nerek ciążowe, możemy, jeżeli nie występują groźne objawy nerkowe, wyczekiwać końca ciąży. Przy tem należy przeprowadzać odpowiednie leczenie dyetetyczne.

W przypadkach, w których nie możemy szczegółowo rozpoznać, czy mamy przed sobą zapalenie nerek ciążowe, czy też zwykłe zapalenie nerek miąższowe, czy też stan przejściowy z nerki ciążowej w zwykłe zapalenie nerek postępujemy wyczekująco. W przypadkach łagodnych układamy odpowiednią dyetę i zalecamy leżenie w łóżku. W przypadkach cięższych, jeżeli zjawiają się obrzęki, wysięki w jamach surowiczych, bóle głowy, wymioty, zaburzenia w ośrodkach nerwowych i t. d., stosujemy energicznie ścisłą dyetę mleczną, środki przeczyszczające, napotne, moczopędne i t. d. Jeżeli stan mimo tego wkrótce nie poprawia się, to, nie wyczekując za długo, przerywamy ciążę, poczem zazwyczaj, jeżeli stan chorej był wywołany przez nerkę ciążową, wszystkie objawy ustępują. W razie powikłań ocznych, jak zapalenie siatkówki, oderwanie siatkówki, należy ciążę w tej chwili przerywać. Zazwyczaj wywołuje się, z powodu postępowania wyczekującego poród przedwczesny. Jeżeli stan groźny wywołany był nie przez białkomocz ciążowy, ale przez zapalenie nerek, to mimo przerwania ciąży bardzo często wcale się nie poprawia.

W ciąży często zdarza się zapalenie miedniczek nerkowych. Najczęściej stwierdzamy zapalenie miedniczki nerki prawej. Przyczyną zapalenia miedniczek w ciąży jest ucisk macicy na moczowód, przez to powstaje zastój w miedniczce nerkowej i zakażenie jej bądź to drogą krwi, bądź też z pęcherza. Zazwyczaj zapalenie miedniczek nerkowych nie jest przyczyną do przerwania ciąży, gdyż przez odpowiednie ułożenie chorej, dyetę, a nawet leczenie miejscowe (cewnikowanie moczowodu) można chorobę tę wyleczyć. W rzadkich jednak przypadkach znacznego bardzo zakażenia ogólnego w przebiegu zapalenia miedniczek nerkowych lub wytworzenia się roponercza i opierania się tej choroby wszelkiemu leczeniu należy przerwać ciążę.

Cukrzyca.

Spostrzeżenia co do cukrzycy w przebiegu ciąży są nieliczne. Powikłanie ciąży cukrzycą nie jest częste. Należy uważać je za poważne. Moczówka cukrowa bardzo często pogarsza się przez powikłanie ciążą. Po przebytej ciąży cukrzyca nierzadko znika lub stan poprawia się znacznie, a często w ponownej ciąży cukrzyca znowu się zjawia lub też staje się cięższą.

Powikłanie ciąży cukrzycą wymaga bacznej uwagi lekarskiej. Należy usiłować zapomocą odpowiedniej dyety nasilenie choroby jak najbardziej zmniejszyć. To się nieraz doskonale udaje. Przy końcu ciąży należy stosownie do nasilenia choroby ilość kaloryi, zawartych w pożywieniu, zwiększyć do 2700 lub nawet 3000 kaloryi. W ten sposób udaje się nieraz szczęśliwie ciążę ukończyć, mimo istniejącej cukrzycy. Jeżeli jednak mimo leczenia ilość cukru w moczu się zwiększa, zjawia się w moczu aceton, kwas diaceto-octowy, białko, chora chudnie, to nie należy zbyt długo wyczekiwać, lecz ciążę przerwać. Za długie wyczekiwanie doprowadza do śpiączki cukrzyczej (coma diabeticum) i zejścia śmiertelnego. Pamiętać jednak o tem należy, że i po przerwaniu ciąży wystąpić może śpiączka cukrzycza oraz zejście śmiertelne.

Offergeld zestawił 57 przypadków ciąży powikłanych cukrzycą. W 17 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne.

Białaczka, niedokrwistość złośliwa postępująca.

W kilku przypadkach tych chorób spostrzegano ciążę. Wobec bezwarunkowo złego rokowania dla życia chorej tak w białaczce, jako też i w niedokrwistości złośliwej,

nie należy w chorobach tych przerywać ciąży bez szczególnych wskazań.

Zazwyczaj następuje w chorobach tych samorodne przerwanie ciąży.

Wymioty uporczywe.

Jak wiadomo, są wymioty w ciąży zwykłem zjawiskiem, bez większego znaczenia. Wymioty te zjawiają się często rano, bez nudności i bez natężenia i nie upośledzają odżywienia chorych.

U ciężarnych bardzo wrażliwych z podkładem histeroneurastenicznym często wymioty dochodzą do nadmiernej częstości i natężenia. Są to t. zw. wymioty uporczywe niepowściągłe. Wywołują wówczas znaczne upośledzenie odżywienia i przygnębienie psychiczne, tak, że chore dotknięte tą chorobą sprawiają wrażenie ciężko chorych. Odpowiednie leczenie dyetetyczne, apteczne, zupełna zmiana otoczenia, podróże, czasem niespodziewane wzruszenia, usuwają nieraz wymioty uporczywe. Pewna nieznaczna część przypadków z wymiotami uporczywemi opiera się wszelkiemu leczeniu. Jeżeli w takich przypadkach odżywienie stale podupada, tętno jest ciągle przyspieszone, a przyspieszenie to stale się zwiększa, ciepłota ciała się podnosi, ilość moczu się zmniejsza, w moczu zjawia się białko lub aceton, a zaburzenia nerwowe stają się gwałtowniejsze, to wówczas jesteśmy uprawnieni do przerwania ciąży. Nie należy jednak wyczekiwać aż do wystąpienia przytoczonych objawów w całej pełni, tylko już z chwilą zjawiania się pierwszych objawów zatrucia ustroju ciążę przerywać. Mimo przerwania ciąży wymioty w pewnej części przypadków dalej się utrzymują, a chore nawet wskutek tego giną.

Przedstawiwszy w krótkości najważniejsze wskazania do przerywania ciąży ze stanowiska lekarza chorób wewnętrznych, zwracam równocześnie uwagę, że wskazania te bardzo często nie opierają się na zupełnie ścisłych danych, że bardzo często zależne są od podmiotowego zapatrywania, że w wielu przypadkach są dotąd jeszcze sporne. — Z tego powodu sądzę, że rozstrzyganie o przerywaniu ciąży powinno zawsze opierać się na równoczesnem orzeczeniu dwóch, a w przypadkach wątpliwych trzech lekarzy, i to najlepiej specyalistów chorób wewnętrznych i chorób kobiecych.

Niewiastom z gruźlicą płuc, chorobami nerek, cukrzycą, należy bezwarunkowo odradzać małżeństwa i zachodzenia w ciążę. W chorobach serca można w przypadkach doskonałego wyrównania zezwalać na małżeństwo i ciążę.

Ankieta w sprawie dny,

podjęta przez Redakcyę »Nowin lekarskich«.

Redakcya »Nowin lekarskich« urządza z inicyatywy Dra Aleksandra Simona ankietę w sprawie dny zapomocą kwestyonaryusza, rozsyłanego do lekarzy polskich (który będzie dołączony także do »Przeglądu lekarskiego« dla wszystkich czytelników). Dr Simon ogłosił w »Nowinach lekarskich« (Nr 4) następujące

Uzasadnienie celu i istoty ankiety.

Patogeneza dny (podagry) i t. zw. artrytyzmu oddawna mocno zajmuje naukowy świat lekarski, zarówno u nas, jak i za granicą. Jak wiadomo, Francuzi stworzyli w myśl Bazina i Boucharda mocno chaotyczną i skomplikowaną teoryę o artrytyzmie, który według nich obejmuje pół patologii. Szkoła francuska jednak świata lekarskiego nie zdobyła, a owa hypoteza wymaga gruntownego przekształcenia. I u nas najzdolniejsze umysły lekarskie niejednokrotnie w tej sprawie głos zabierały. Stanowiła ona np. główny przedmiot rozpraw na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie w r. 1900. Pomimo jednak, że referowali nasi najpoważniejsi uczeni i interniści, rozprawy nie doprowadziły do pomyślnego wyniku i mało się przyczyniły do dokładniejszego wyjaśnienia istoty i patogenezy dny, usposobienia dnawego i artrytyzmu. Sprawa ta znów i obecnie jest nader modna i aktualna. W roku ubiegłym rozważano ją nader szczegółowo na 28. Zjeździe niemieckich internistów w Wiesbadenie, gdzie oczywiście pod wpływem nauki francuskiej, omawiano istotę skaz wogóle i skazy artrytycznej w szczególności, a wkrótce potem wygłosili na XI Zjeździe naszym w Krakowie świetnie opracowane referaty o dnie i artrytyzmie koledzy Anastazy Landau i M. Halpern z Warszawy. I w samej rzeczy, obecna chwila i nam się wydaje nader stosowną do pomyślnego wyświetlenia wzajemnego stosunku dny do t. zw. artrytyzmu. W ubiegłem albowiem dziesięcioleciu, dzięki zwłaszcza badaniom Emila Fischera, Buriana i Schura, Brugscha i Schittenhelma i innych, zbadano i poznano istotę i chemizm dny i stanów dnawych o tyle ściśle i gruntownie, oparto ich rozpoznanie na tak pewnych podstawach chemicznych, iż spodziewać się należy, że wnioski nasze, poparte przez ścisłe badania doświadczalne, bliższe będą prawdy, niż dotychczasowe dociekania czysto kliniczne i abstrakcyjne. Wyświetlenie patogenezy t. zw. artrytyzmu, jego stosunku do dny oraz jego rozpowszechnienia na ziemiach polskich i powodu tego rozpowszechnienia, jest dla nauki polskiej wprost koniecznością i kwestyą honoru, albowiem słusznie, czy niesłusznie, jednakże niewątpliwie nigdzie na świecie tak często lekarze nie rozpoznają artrytyzmu, jak u nas, i to we wszystkich trzech polskich zaborach. »Bez przesady twierdzić mogę, iż ze stu chorych, zwracających się do nas ambulatoryjnie, 95 uchodzi za artrytyków«, powiada Landau we wzmiankowanym referacie. Wobec tak znacznego, istotnego, czy też pozornego, rozpanoszenia się u nas artrytyzmu nie jest on już cierpieniem osobnikowem i staje się klęską społeczna, która zagraża zdrowiu i bytowi narodowemu i osłabia nas w tak niezbędnej i nieuniknionej walce o byt i nasze istnienie narodowe. Poczuwamy się więc do obowiązku wyjaśnić, czy artrytyzm jest cierpieniem indywidualnem, spowodowanem przez niewłaściwy, od niemowlęctwa się rozpoczynający tryb życia i sposób odżywiania, czy też uważać go należy za skazę, a więc za wrodzony, przeważnie odziedziczony stan niestałej równowagi ustroju, za zmniejszoną żywotność oraz odporność wobec szkodliwości życiowych. Nie hołduję na zasadzie osobistego doświadczenia temu poglądowi, lubo przyznać muszę, że osobną grupę, z artrytyzmem ściśle powiązaną, stanowią przypadki z tak widoczną pieczęcią zwyrodnienia, że poczuwam się w prawie ochrzcić je nazwą artrytyzmu degeneracyjnego lub skazy artrytycznej degeneracyjnej. Myśl wyjaśnienia wspomnianych spraw drogą ankiety poruszam dlatego, że przypuszczam, iż materyał kliniczny i chemiczno-fizyologiczny oraz praca i doświadczenie jednostki nie wystarczają do gruntownego i wszechstronnego ich zbadania. W tem tkwi, uważam, powód dotychczasowego niepowodzenia. Rozprawy na zeszłorocznym Zjeździe w Wiesbadenie dotychczas panującej mgławicy nie rozświetliły. A z poglądem naszego najnowszego bojownika i reformatora w sprawie artrytyzmu, kolegi Anastazego Laudaua z Warszawy, który wierny tradycyi swego wielkiego mistrza, ś. p. Teodora Dunina, pragnie pojęcie chorobowe i samą utartą i tak zakorzenioną nazwę »artrytyzm« zupełnie usunąć, nie mogę się zgodzić na zasadzie własnego wyjątkowo obfitego materyału klinicznego i osobistego doświadczenia. Nie mamy albowiem tymczasem lepszej nazwy dla owego, u nas tak rozpowszechnionego obrazu chorobowego i nie mamy wcale pewności, czy i w tym wypadku, naprzekór pozornie słusznemu rozumowaniu teoretycznemu, nie będzie »vox populi, vox Dei«, i czy się ostatecznie nie okaże, że t. zw. artrytyzm ściślej i istotniej z dną i usposobieniem dnawem jest powiązany i spowinowacony, niż to dopuszcza najnowsza, chwilowo panująca teorya. Streszczając więc to wszystko, podnoszę, że zapomocą naszej ankiety zamierzamy wyjaśnić rzeczywiste rozpowszechnienię na ziemiach polskich we wszystkich warstwach

społecznych, a więc zwłaszcza i u ludu, dny typowej i artrytyzmu w porównaniu do innych społeczeństw, oraz wyjawić powody ich nadzwyczajnej u nas częstości. Dla uniknięcia nieporozumień zaznaczam, że za artrytyzm uważam nie w myśl szkoły francuskiej, lecz zgodnie z utartym śród publiczności i lekarzy naszych poglądem, postać chorobową o następujących cechach: 1) Nieprzynależność do żadnej innej, w obecnym stanie nauki nam znanej postaci chorobowej, pomimo jak najdokładniejszego badania, 2) widoczne zaburzenia w narządzie ruchowym (stawy, mięśnie, więzadła, powięzie itd.) i w nerwach obwodowych (nerwobóle, parestezye i t. d.), do dny przewlekłej bardzo podobne, z mniej lub więcej widocznem, lecz nie koniecznem zajęciem innych narządów (skóry, narządów oddechowych, trawienia, moczowych, zmysłów i t. d.), 3) wyraźna pieczęć zaburzeń przemiany materyi, 4) wielopostaciowość obrazu chorobowego, 5) dziedziczność lub niewątpliwie wadliwy tryb życia.

Ten, tak rozumiany, że tak powiem »polski« artrytyzm ma z dną i usposobieniem dnawem, zgodnie z mojem osobistem doświadczeniem, nader dużo wspólnego pokrewieństwa klinicznego i istotnego, co zgłębić ma być naszem zadaniem.

W końcu nadmieniam, że według naszych współczesnych pojęć istota dny typowej i stanów dnawych polega na wadliwej przemianie ciał purynowych (pochodnych puryny i zawierających jądro purynowe) i że charakterystyczną dla dny jest urykemia czyli nagromadzenie się we krwi kwasu moczowego (U) nawet przy dyecie bezpurynowej, oraz utrudnione jego wydzielanie z moczem po ich spożyciu. We krwi człowieka zdrowego, żywionego strawą bezpurynową, nie potrafimy wykazać ani śladu U, a po spożyciu materyału purynowego wydziela on się z moczem jako U szybko, w przeciągu jednej doby lub nieco dłużej[1]). U chorych na dnę natomiast wydzielanie U odbywa się niedostatecznie, nieprawidłowo i trwa dłużej; krzywa eliminacyi U przebiega nie w linii prostej, jak u ludzi zdrowych, lecz posiada liczne wzniesienia i spadki. Na powyższem zgruba naszkicowanem pojmowaniu istoty i właściwości dny opiera się jej spółczesne doświadczalno-chemiczne rozpoznawanie w przypadkach wątpliwych. Polega ono na analizie U we krwi przy dyecie bezpurynowej, przyczem posługiwać się można metodą Kowarskiego, wymagającą dla ilościowego oznaczenia małej (10 cm^3) ilości krwi, wydobytej np. z żyły łokciowej. Sposób wydzielania U z moczem wykrywamy według schematu Schittenhelma. Po trzechdniowej dyecie bezpurynowej oznaczamy ilościowo U w moczu dobowym; jest to wewnątrzpochodny kwas moczowy (endogene U). Podajemy następnie wiadomej wagi pokarm purynowy (mięso, wątrobę, nerki, grasicę lub kwas nukleinowy) i określamy przez kilka (3—5) następnych dni, w ciągu których chorego utrzymujemy na pokarmie bezpurynowym, ilościowo U w moczu. Jest to zewnątrzpochodny U (exogene U), a zdobyta w ten sposób krzywa wydzielania U jest nader charakterystyczna dla dny. W każdym wątpliwym przypadku dny, usposobienia dnawego i artrytyzmu w interesie nauki i samego chorego mamy obowiązek dokładnie zbadać, jeśli już nie krew, to przynajmniej ułatwioną według powyższego schematu przemianę ciał purynowych w ustroju, stwierdzić tak charakterystyczne dla dny zmiany w wydzielaniu kwasu moczowego wewnątrzpochodnego i zewnątrzpochodnego.

W ten sposób przez zebranie znaczniejszego dowodowego materyału doświadczalno-chemicznego najpewniej uda nam się wreszcie rozwidnić panujący w tej dziedzinie jeszcze obecnie mrok, tak szkodliwy dla nauki i dla cierpiącej ludzkości.

Uzupełnienie życiorysu ś. p. Merunowicza.

Życiorys, zamieszczony w Nrze 15, uzupełniamy następującymi szczegółami: Na asystenta został zawezwany ś. p. Merunowicz jeszcze przed osiągnięciem dyplomu, jako student medycyny, przez ówczesnego zastępcę profesora medycyny wewnętrznej, Stanisława Pareńskiego, poczem był asystentem tejże kliniki, gdy po ustąpieniu prof. Pareńskiego prowadził klinikę zastępczo prof. Biesiadecki. Oprócz półtorarocznej pracy w Lipsku, przebywał potem na studyach także w Wiedniu i Wrocławiu.

Po utworzeniu Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich wybrany został w r. 1900 pierwszym jej prezesem i piastując tę godność przez dwie kadencye, t. j. do r. 1911, bardzo gorliwie zajmował się sprawami Zjazdów, zwłaszcza zaś przygotowaniem organizacyi X i XI Zjazdu.

[1]) Czy i w jakim stopniu jest upośledzona i purynowa przemiana materyi, należy jeszcze zbadać na większym materyale klinicznym.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 17. IV. 1912 posiedzenie, na którem odbyły się zapowiedziane wykłady z zakresu balneologii.

Wielkiem ułatwieniem wykładów i demonstracyi jest od niedawna ustawiony w sali Towarzystwa wielki przyrząd projekcyjny najnowszej konstrukcyi, nabyty z fabryki Reicherta w Wiedniu (przez magazyn medyczny Dr B. Drobnera w Krakowie).

— Oddział Jarosławski Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbył d. 19. IV. 1912 posiedzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, Dr Fechter. 2) Balneoterapia w świetle obecnej nauki lekarskiej z uwzględnieniem wód iwonickich, Dr Turzański. 3) Wnioski w sprawach umów rocznych za czynności lekarskie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. IV. do 13. IV. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych — † —), krztuśca — † 1, ospy wietrznej 2, płonicy 3 (1), odry 3 † — (— † 1), duru brzusznego 2 † 1 (4 † 2), róży 1 † — (1 † 1), tężca 1, ospy prawdziwej 1, wodowstrętu 2. Dr Janiszewski.

Warszawa. Wyszedł z druku Pamiętnik Stowarzyszenia lekarzy polskich, zawierający dzieje jego do d. 2. sierpnia 1910, t. j. do rozwiązania tego Towarzystwa przez władze. (Jak wiadomo, podjęło działalność w podobnym zakresie później zawiązane Warszawskie Stowarzyszenie lekarzy).

Łódź. Komisya, wybrana przez Towarzystwo lekarskie w sprawie walki z ospą, rozesłała odezwy do kierowników szkół i duchowieństwa w Łodzi z wezwaniem do propagandy szczepienia.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 8. IV. do 15. IV. 1912 przypadków: ospy 2, płonicy — † 2, Dr Trenkner.

Z różnych stron. Międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy w Rzymie zgromadził około 1500 uczestników, wśród nich kilku Polaków (Dr Obtułowicz, Kamiński, prof. Bujwid, Walkowski, Zanietowski).

Mianowani: Prof. Pankow dyrektorem kliniki położniczej w Düsseldorfie; Prof. Braus dyrektorem zakładu anatomicznego w Heiderbergu; Prof. Schiede dyrektorem kliniki okulistycznej w Królewcu; Prof. Wieland dyrektorem kliniki pedyatrycznej w Bazylei; Doc. Schieck profesorem okulistyki w Królewcu, Dr Kennedy profesorem chirurgii w Glasgowie; w Wiedniu profesorowie nadzwyczajni Haberda, Scheff i Neuburger otrzymali tytuł i charakter profesorów zwyczajnych; profesorami nadzwyczajnymi mianowani zostali docenci tamże Zuckerkandl, Reuter, Rothberger, Fröhlich, Zumbusch, a nadzwyczajnymi tytularnymi docenci Ewald, Schwarz, Hajek, Neumann, Hammerschlag, Pineles, Türk, Weiser, Fuchs, Salomon, Clairmont i Kermauner; doc. Stolz w Grazu mianowany profesorem nadzw. tytularanym docenci Hesse i Busse w Jenie profesorami nadzwyczajnymi.

Dr Bronisław Szymański ordynatorem w zakładzie położniczym św. Zofii w Warszawie; Dr Helena Sikorska nauczycielką higieny i stomatologii w seminaryum nauczycielskiem żeńskiem w Krakowie.

Redakcya otrzymała. Falgowski: 1) Kilka uwag krytycznych o przypadkach zaśniadu groniastego przy ciąży bliźniaczej. Tyg. lek. 1911. 2) Uber die akute Erschlaffung der nichtschwangeren Gebärmutter während der Inhalationsnarkose. V. Congr. intern. d'obstetr. 1910. 3) Zur Schwierigkeit der künstlichen Sterilisation der Frau. Zentralbl. f. Gyn. 1911. 4) Przemówienia w dyskusyach na Zjeździe chir. w Warszawie, w Wydziale lek. w Poznaniu i t. d. — Marquis: La désinfection exclusive des mains par l'alcool. Revue de chir. 1912. — Evzen a Olga z Fišeru: Mor a cholera v Odesse r. 1910. Odb. Casopis lek. ceskych. 1912. — Zdzisław Opolski: Studyum o istocie przemiany materyi ustrojowej. Wydane z zasiłkiem Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie. Lwów 1912. str. 434. — Bednarski: Uwagi o zapaleniu pry-

szczykowem spojówki. »Tyg. lek. 1911. — W. Jaworski: Brunnen- oder Sanatoriumkurorte? Wiener med. Wochenschr. 1912.— Jakimowicz: Oczerk psichiatrii. Saratow 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. kwietnia 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Wąsowicz: O balneoterapii i jej znaczeniu dla medycyny wewnętrznej. 2) Dr Frączkiewicz: O klimatologii. 3) Dr Pelczar: O leczeniu chorób serca.

Rok LI. Kraków, dnia 27. kwietnia 1912. Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Aleksander Stopczański.

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 3 marca b. r. utracił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego najstarszego ze swych dawnych członków, świat lekarski najstarszego ze swych nauczycieli. Profesor Aleksander Stopczański należał do ludzi epoki, której zadaniem było przekształcić naszą szkołę lekarską, wprowadzić do niej nowe kierunki, nowe podstawy przyrodniczej myśli, a których troską było stworzenie warsztatów pracy, ich odpowiednie wyposażenie, a przez to umożliwienie przyszłemu pokoleniu owocnej pracy twórczej.

Ś. p. Stopczański ukończył studya lekarskie w Wiedniu; Wydział lekarski wiedeński był wtedy u szczytu sławy. Zarówno w dziale medycyny praktycznej, jak i w dziale medycyny teoretycznej, spotykamy nazwiska, które w rozwoju współczesnej wiedzy lekarskiej pierwszorzędną odegrały rolę. Anatomię wykładał Hyrtl, anatomię patologiczną Rokitansky, medycynę wewnętrzną Škoda i Oppolzer, okulistykę Arlt i Jaeger, położnictwo K. Braun, syfilidologię Sigmund, dermatologię Hebra.

Stopczański poświęcił się chemii fizyologicznej, wiedzy stosunkowo młodej, która jednak już wówczas ścisłością metod i doniosłością osiąganych wyników zapowiadała zwycięskie opanowanie wszystkich dziedzin medycyny teoretycznej, co rozwój dni dzisiejszych najdokładniej potwierdza.

Właśnie w owych czasach E. Brücke, profesor fizyologii na Uniwersytecie wiedeńskim, ogłaszał swe badania nad trawieniem białek, prace nad pepsyną i peptonami, które stanowią podstawę fizyologii i patologii trawienia. Jan Floryan Heller, docent chemii fizyologicznej i patologicznej i kierownik pracowni chemicznej przy szpitalu powszechnym w Wiedniu, dawał podwaliny nauce o moczu; przez niego podane metody wykrywania białka i krwi w moczu, system badania kamieni moczowych, badania nad barwikami moczu, występującymi w stanach chorobowych, należą do najcenniejszych pewników chemii patologicznej.

Pod kierunkiem Redtenbachera, który wykładał podówczas chemię ogólną na wydziale filozoficznym, a następnie pod kierunkiem Hellera odbywał ś. p. Stopczański swe studya. W roku 1860 został asystentem Hellera i pozostał na tem stanowisku do roku 1865; lata te, spędzone w pracowni, ożywionej prawdziwie naukową atmosferą, były najpiękniejszemi latami Stopczańskiego, lubił do nich przenosić się wspomnieniami. Żywe stosunki koleżeńskie łączyły go z młodszymi chemikami: z Folwarcznym, późniejszym docentem chemii fizyologicznej, z Liebenem, Ludwigiem; podczas przyjacielskiej rozmowy z tymi kolegami można było, jak sam opowiadał, skorzystać więcej, niż z książkowych studyów.

Niewątpliwie łączyły go również przyjacielskie związki z kolegami Polakami, którzy równocześnie z nim byli asystentami przy katedrach wiedeńskich, a później objęli katedry na Wydziale lekarskim w Krakowie: z Madurowiczem, Biesiadeckim, Rydlem.

W roku 1865 powołano ś. p. Stopczańskiego na kierownika pracowni chemii patologicznej, utworzonej przy klinikach w Krakowie. W tymże roku został docentem, w roku 1869 zaś profesorem nadzwyczajnym chemii patologicznej. Stanowisko, objęte przez profesora Stopczańskiego, było ważnym posterunkiem nietylko naukowym, ale i pracy społecznej.

Zakład chemii patologicznej i zakład chemii ogólnej przy Wydziale filozoficznym, kierowany przez Profesora Czyrniańskiego, były jedynemi pracowniami chemicznemi w Krakowie. Wkrótce profesor Stopczański objął obowiązki chemika szpitalnego; zakres działalności zakładu, ale i zakres pracy i obowiązków jego kierownika wzrósł niezmiernie. Wykonywano w owej pracowni rozbiory lekarskie, przedstawiające interes kliniczny lub naukowy dla wszystkich zakładów leczniczych Uniwersytetu i szpitala, przeważnie bezpłatnie wykonywano rozbiory chemiczno-lekarskie dla chorych niezamożnych, leczonych na mieście, z konieczności podejmowano się rozbiorów higienicznych, sądowych i policyjnych, zakład zatem skupiał w swych murach pracę, wykonywaną obecnie w czterech przynajmniej pracowniach przez wielką ilość fachowo wykształconych pracowników.

Aby należycie ocenić zasługę społeczną i wartość pracy ś. p. profesora Stopczańskiego, należy niezapominać o tych wyjątkowych warunkach i obowiązkach, których ciężar musiał przyjąć na siebie.

Jedną z najcenniejszych prac profesora Stopczańskiego w kierunku higieniczno-społecznym stanowią pierwsze naukowe rozbiory wód mineralnych krynickich i troska o utrzymanie i należyte pielęgnowanie tychże źródeł.

Za główne zadanie uważał jednak profesor Stopczański pracę nauczycielską: powierzono mu nauczanie ważnej dziedziny patologii, zapoznanie uczniów z jej techniką, metodami i wynikami, obowiązującemi praktykę lekarską; rozu-

miał całą doniosłość swego zadania i gorliwie mu się oddawał.

Wszyscy lekarze, praktykujący w Galicyi, pamiętają jego wykłady; z powodu pewnej niewyraźności mowy ś. p. Stopczańskiego trzeba się było do nich przyzwyczaić, należało się w nią wsłuchać, lecz jeśli kto zadał sobie trud wsłuchania się w słowa starego nauczyciela, dawał się porwać jego zapałowi, czuł się zaskoczony rozległością i gruntownością jego wiedzy i pociągnięty jasnością i subtelnością myśli chemicznej.

Mimo gruntownego wykształcenia w całokształcie wiedzy chemicznej, kierunek pracy i zamiłowania profesora Stopczańskiego nosiły charakter szkoły, z której wyszedł, szkoły Hellera; ś. p. Stopczański był przedewszystkiem patologiem, zagadnienia chemii patologicznej najwięcej go pociągały, a za główne zadanie uważał ugruntowanie w umysłach adeptów zawodu lekarskiego wiadomości chemiczno-patologicznych, ważnych dla praktyki, dla leczenia chorych.

Żywe słowo, demonstracye oparte na bogatem doświadczeniu, wreszcie podręcznik o rozbiorze moczu, wydany przez Wiczkowskiego, który między rokiem 1883—1886 był jego asystentem, miały za zadanie utrwalić i rozszerzyć wiadomości świata lekarskiego polskiego w jednej z najważniejszych, a, powiedzmy, jednej z najtrudniejszych dziedzin patologii i skutek ten w znacznej mierze osiągnęły; dowodem tego postępu, jak słusznie zauważył profesor Stopczański, znaczne zmniejszenie zaniedbanych przypadków cierpień pęcherzowych, których obrazy, nawet w zakładzie chemii lekarskiej, stały się rzadkością pod koniec działalności zmarłego profesora.

Drugim celem, który przyświecał życiu zmarłego, było rozszerzenie zakładu, przekształcenie go z podręcznej pracowni patologicznej na poważny instytut naukowy, któryby rozporządzał miejscem i środkami, niezbędnymi do poważnych badań biologicznych, a służąc najwyżej rozwiniętej gałęzi wiedzy biologicznej, rozporządzającej najściślejszemi metodami, zajął kierujące stanowisko w rozwoju studyów teoretyczno-medycznych na naszym uniwersytecie. Z wielkim tylko trudem udało się Stopczańskiemu myśl tę przeprowadzić. Na kilka lat przed ustąpieniem Stopczańskiego z katedry złożyło ministeryum w jego ręce całkowite kierownictwo studyów chemicznych dla medyków; studya chemiczno-lekarskie zyskały przez to na jednolitości i ciągłości myśli. Prof. Stopczański był gorliwym zwolennikiem tej reformy i jednym z pierwszych z grona swych kolegów austryackich, który przyjął podwójne obowiązki nauczycielskie, kierując się jedynie przekonaniem o pożyteczności tej zmiany w studyach.

Dopiero jednak na dwa lata przed usunięciem się od zawodu nauczycielskiego doczekał się zmarły profesor przeniesienia zakładu chemii lekarskiej do dawnego poklinicznego budynku przy ul. Kopernika l. 7, przez co katedra chemii zyskała piękny i obszerny lokal. Urządzenie tego zakładu i zapewnienie mu kierownictwa, dającego rękojmię rozwoju naukowego na miarę europejską, wypełniło ostatnie dwa lata działalności profesorskiej ś. p. Stopczańskiego.

Z ludzi, którzy przez dłuższy lub krótszy czas byli współpracownikami profesora Stopczańskiego, a którzy zasłużyli się koło rozwoju nauki lekarskiej, należy wymienić profesora Jaworskiego, dyrektora kliniki lekarskiej w Krakowie, profesora medycyny wewnętrznej we Lwowie Wiczkowskiego; długoletni asystent Prof. Stopczańskiego docent Seńkowski w tejże pracowni wykonał swe prace nad rozdzielaniem alkaloidów i nad konstytucyą cholestearyny; z tejże pracowni wyszedł Dr Panek, obecnie profesor szkoły weterynaryjnej we Lwowie.

Profesor Stopczański przepędził młodość w historycznie pięknym okresie, w epoce rewolucyjnej koło 1848 roku; jego poglądy, sposób myślenia, stosunek do ludzi, nosiły charakter właściwy tej epoce, miały śmiałą szerokość, głęboką wiarę w swe przekonania, niezwyciężalne marzycielstwo, a przedewszystkiem serdeczną życzliwość względem otoczenia, cechy, które zdobiły jego pokolenie.

Śmiałość w wyrażaniu sądów, poczucie obowiązku i życzliwa sympatya, z jaką odnosił się do uczniów i... świata lekarskiego, stały się niemal anekdotycznemi i zapewne nieprędko będą zapomniane.

Może mniej znana jego bezinteresowność, żywe współczucie i odczucie wszelkiej nędzy ludzkiej, które zjednały mu cześć i przywiązanie szerokiego ogółu mieszkańców Krakowa, a nawet całej Galicyi zachodniej.

Wydział lekarski umieścił za życia profesora Stopczańskiego jego pomnik w nowym gmachu chemii lekarskiej w uznaniu zasług nad ugruntowaniem w naszym kraju studyów chemiczno lekarskich; może więcej jeszcze wzruszającym ten pomnik, który zmarły sam sobie wybudował w sercach uczniów i chorych, którym nie szczędził swej pracy i prawdziwie odczutej pomocy i rady.

Dr St. Mostowski.

Z Petersburskiego Domu wychowawczego.

Przyczynek do urobilinuryi i urobilinogenuryi u osesków *).

Podał

Dr med. Stanisław Ostrowski.

W dzisiejszym wykładzie pozwolę sobie zająć uwagę Szan. Panów sprawą 2 barwnych odczynów w moczu dla jakościowego określenia urobiliny i urobilinogenu, sprawą znaczenia nietylko fizyologicznego, lecz poniekąd praktycznego, zaledwie poruszoną w patologii wczesnego dzieciństwa.

Jak wiadomo, urobilina powstaje w jelitach, prawdopodobnie z bilirubiny żółci, jak to wynika z licznych spostrzeżeń fizyologicznych i klinicznych: 1) stała obecność w jelitach sterkobiliny, mającej jednakowy skład z urobiliną ; powstającej z barwików żółciowych; 2) stała nieobecność urobiliny w moczu noworodków i przy zatamowanym odpływie żółci do jelit, natomiast zwiększenie ilości urobiliny w moczu przy wzmożonem gniciu w jelitach. »Można przypuszczać«, powiada Prof. O. Hammarsten [1]), »że w warunkach patologicznych urobilina moczu powstaje różnemi

*) Odczyt, wygłoszony w Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu w dniu 16/29 marca 1912 r.

drogami, lecz nie podlega wątpliwości, że w warunkach prawidłowych wytwarza się ona w jelitach z barwików żółciowych«.

Ilość urobiliny w moczu podlega wahaniom; dobowa ilość waha się według Sailleta [2]) od 30—120 mlgrm.

Ilość urobiliny zwiększa się przy krwotokach, wybroczynach i wogóle w chorobach, w których daje się spostrzegać rozpad krwinek czerwonych, jak również i przy zatruciu krwi niektórymi jadami; zwiększenie to spostrzegano także w gorączce, wadach serca, kolkach ołowiczych, zanikowej marskości wątroby i szczególnie przy t. zw. żółtaczce urobilinowej.

Bardzo czułym odczynnikiem dla jakościowego określania urobiliny w moczu jest metoda Schlesinger-Hildebrandta, polegająca na tem, że do pewnej ilości nieprzesączonego moczu dodaje się takąż ilość odczynnika (przed użyciem trzeba go wstrząsnąć), składającego się z 10% wyskokowego (bezwodnego) rozczynu octanu cynku. Płyn się przesącza i stosownie do zielonej lub czerwonawo-zielonej fluorescencyi przesączu można mówić o obecności urobiliny w moczu.

W 1901 r. Ehrlich [3]) podał barwny odczyn z dimetylamidobenzaldehydem. Do niewielkiej ilości (5 cm^3) moczu dodaje się 5—8 kropel 2% rozczynu dimetylamidobenzaldehydu w równych częściach stężonego kwasu solnego i wody przekroplonej. Ehrlich zauważył, że u osób zdrowych odczyn ten daje wynik ujemny lub słabe różowe zabarwienie, natomiast u chorych (durowych, suchotników, w chorobach dróg pokarmowych) występuje czerwone lub wiśniowo czerwone zabarwienie, które uważa on za odczyn dodatni.

W ślad za publikacyą Ehrlicha zjawiły się prace w tym kierunku treści fizyologiczno-chemicznej i klinicznej. Pröscher [4]) daje substancyi oddziałującej formułę $C_7H_{15}O_6N$ i uważa ją za ciało pokrewne z glukozaminą. Neubauerowi [5]) udało się otrzymać z moczu 2 rozczyny, z których jeden wykazywał odczyn urobiliny i nie dawał benzaldehydowego odczynu, drugi zaś nie zawierał wcale urobiliny, z odczynnikiem Ehrlicha dawał wybitny odczyn. Neubauer więc przypuszcza, że przy odczynie Ehrlicha substancyą działającą jest urobilinogen, co wynika stąd, że, redukując urobilinę amalgamatem sodu, otrzymał on ciało, które dawało wybitny odczyn Ehrlicha. Również przy redukcyi wyższych derywatów barwików krwi — hematoporfiryny i hematyny — można otrzymać urobilinę i, co jest bardzo ciekawe, także przy redukcyi barwika liści chlorofilu. Przedwcześnie zmarły rodak nasz, prof. Marceli Nencki, który w ostatnich latach swojego życia pozostawił ważne prace o budowie krwi i jej barwika, otrzymał zapomocą redukcyi ciało beztlenowe, które dawało odczyn z pyrrolem, a które on nazwał hemopyrrolem. Ciało to, z fizyologicznego punktu widzenia nader ważne — (Prof. Nencki uważał je za butylpyrrol, będący podstawą wszystkich barwików krwi i liści) — jest to, zdaniem Neubauera, urobilinogen, t. j. ciało, które, pochłaniając tlen przy pozostawaniu na powietrzu, przeistacza się się w urobilinę.

Rozpatrzmy, jakie są warunki powstawania i przemiany urobilinogenu w ustroju?

Najbardziej prawdopodobna jest według ostatnich badań teorya jelitowa Müllera [6]), według której urobilinogen powstaje w jelitach i jest produktem redukującego działania drobnoustrojów na bilirubinę żółci. Przeważna część urobilinogenu zostaje z jelit wydalona z wypróżnieniami, druga wchłaniając się, dostaje się do wątroby, gdzie większą część zatrzymują komórki wątrobne, mniejsza zaś, po przejściu do krwi, dochodzi do nerek i wydziela się z moczem. W tym kierunku trzeba zawsze uwzględniać odbywające się w ustroju sprawy rozpadu krwi, od natężenia których zależy ten lub ów dowóz barwików krwi, z których się wytwarza bilirubina żółci. W prawidłowych warunkach mocz osób zdrowych zawiera tylko nieznaczne ślady urobilinogenu, natomiast w warunkach patologicznych, kiedy prawidłowa działalność jakiegoś narządu jest upośledzona, wtedy bywa zmieniona i przemiana urobilinogenu.

Bezwątpienia najważniejszą rolę w przemianie urobilinogenu odgrywa wątroba, ponieważ wytwarza ona materyał dla jego produkcyi, następnie posiada własność zatrzymywania urobilinogenu po drodze z jelit do krążenia ogólnego; przy upośledzeniu tej drugiej własności wątroby urobilinogen, nie będąc zatrzymywany przez wątrobę, przechodzi do ogólnego obiegu krwi i przy prawidłowej sprawności nerek, wydziela się z moczem w wielkiej ilości. Przy znacznych zmianach w nerkach resp. przy zaburzeniu ich sprawności odchodzi z moczem mniejsza ilość urobilinogenu; to samo następuje i przy silnych biegunkach, kiedy wielka ilość powstałego w jelitach urobilinogenu odchodzi z kałem.

Nim przejdę do omówienia klinicznego znaczenia urobilinuryi u dzieci, w krótkich zarysach przedstawię dane, tyczące się tej sprawy u dorosłych.

Clemens [7]) badał odczyn Ehrlicha w 300 przypadkach. Wybitny odczyn otrzymał on w 19% przypadków, odznaczających się silnym rozpadem ciał białkowych ustroju i zmianami chorobowemi dróg pokarmowych. Autor ten uważa ten odczyn za bezwartościowy dla celów rozpoznawczych, uznając jednak jego znaczenie ogólno-patologiczne; innemi słowy odczyn ten wskazuje, zdaniem Clemensa, tylko na obecność choroby w ustroju. U ludzi zdrowych odczynu tego Clemens nie otrzymywał, lub tylko w postaci śladów.

Koziczkowsky [8]) na mocy zbadania 1000 przypadków doszedł do wniosku, że wybitny odczyn występuje tylko przy ciężkich sprawach chorobowych, wskazując na zmiany zaszłe w stanie chorego. Wybitny odczyn dodatni otrzymał Koziczkowsky przy gruźlicy płuc, marskości wątroby i u chorych sercowych z objawami niewyrównania; ujemny — u chorych na nerki.

Wiłłanen [9]) na materyale kliniki Prof. Sirotinina w wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu (przeszło 150 przypadków) otrzymywał wybitny odczyn benzaldehydowy w niektórych przypadkach ciężkiego duru, w gruźlicy płuc w ostatnim okresie choroby, w grypowych zapaleniach płuc, w zapaleniach opłucnej wysiękowych, w niektórych przypadkach tętniaka tętnicy głównej, przy ogólnem stwardnieniu tętnic, przy wadach serca w okresie niewyrównania, w ciężkiej marskości wątroby, w ostrych i podostrych zaburzeniach żołądka i jelit i u chorych na raka. Jego zdaniem odczyn ten nie ma znaczenia rozpoznawczego. Odczyn dodatni wskazuje tylko na stan patologiczny ustroju; lecz tego odczynu może też brakować w moczu chorych. W wielu przypadkach, lecz nie zawsze, autor ten spostrzegał ana-

logię między natężeniem odczynu i wahaniami w stanie chorego.

Hildebrandt [10]), zbadawszy na wielkim materyale sprawę wydzielania urobiliny i urobilinogenu, doszedł do wniosku, że pod względem rozpoznawczym urobilina i urobilinogen mają taką samą wartość i że ich główne znaczenie kliniczne polega na tem, że patologicznie zwiększona ilość ich w moczu wskazuje na zaburzenia czynności wątroby.

Co do urobiligenu do identycznych wniosków doszedł i Pedenko [11]), który przeprowadził swoje badania na 136 chorych w klinice Prof. Sahliego w Bernie i na 49 chorych w klinice Prof. Wołkowa w kobiecym Instytucie lekarskim w Petersburgu. Podział chorych był następujący: Chorych na dur brzuszny było 18, na płonicę 13, na zapalenie opon mózgowordzeniowych 5, na zapalenie płuc krupowe 6, na gruźlicę 28, na zapalenie opłucnej 12, na krztusiec 4, na odrę 2, na błonicę 3, na zapalenie płuc nieżytowe 3, na podostre zapalenie stawów 2, z niewyrównaną działalnością serca 14, z marskością wątroby 8 i ze zmianami nerek 11 (jeszcze kilku chorych z innemi zmianami narządów wewnętrznych).

U dzieci urobilinurya, jak również i urobilinogenurya były przedmiotem badań przeważnie w chorobach zakaźnych, a zwłaszcza w płonicy.

Labbé [12]) w roku 1903 wskazał, że urobilinurya w błonicy jest zjawiskiem stałem, w płonicy zaś spotyka się ją rzadko. Inne wyniki w tym kierunku otrzymał Tugendreich [13]): z 11 przypadków płonicy wybitną urobilinurye spostrzegał w 90%, a z 6 przypadków błonicy słabą urobilinurye w 7%. Natężenie sprawy nie było w związku z wydzielaniem urobiliny.

Bookman [14]) na 11 przypadków płonicy znalazł urobilinę w 3, urobilinogen w 5; na 15 przypadków błonicy urobilinę w 2, urobilinogen w 13. Autor ten, — mojem zdaniem zupełnie słusznie — twierdzi, że nie można dojść do wniosku, aby błonica odznaczała się wzmożonem wydzielaniem urobilinogenu, albowiem inna serya przypadków może dać inne wyniki. Jakiegokolwiek związku między przebiegiem choroby i odczynem benzaldehydowym Bookman nie spostrzegał.

Bach i Reuss [15]) badali urobilinurye i urobilinogenurye w 58 przypadkach płonicy i doszli do wniosku, że w przeważnej liczbie przypadków tej choroby można spostrzegać nader wybitne odczyny dodatnie. Autorowie ci wypowiadają już przytoczone zdanie, że przyczyna urobilinuryi i urobilinogenuryi tkwi w czynnościowej niedomodze wątroby. Ciż sami autorowie [16]) badali urobilinurye w odrze (na 51 przypadków urobilinurye znaleźli w 92%).

Niedawno sprawą tą zajmowała się Arsenjewa [17]) na materyale miejskiego szpitala dziecięcego w Petersburgu (42 przypadki płonicy i 31 przypadki odry) i zauważyła, że u chorych na płonicę prawie zawsze z natężeniem sprawy chorobowej wzmaga się nasilenie i trwałość obydwu odczynów. Porównując urobilinurye i urobilinogenurye w płonicy i odrze, twierdzi Arsenjewa, że odczyny dodatnie u chorych na płonicę trwają dłużej i są wybitniejsze, niż w odrze, i przypuszcza, że można napotkać takie przypadki, w których wczesne wystąpienie odczynów może dopomódz przy rozpoznaniu różniczkowem między płonicą a odrą. Odczyny te poniekąd mogą mieć znaczenie i dla rokowania: z 8 chorych z wybitnymi i trwałymi odczynami 4 zmarło.

Badań tej sprawy u niemowląt jest bardzo mało. Tugendreich na materyale kliniki prof. Baginskyego w Berlinie, posiłkując się jakościowym odczynem urobiliny, nie znajdował jej w moczu dzieci zdrowych, również i przy ilościowem określaniu urobiliny w moczu zdrowych dzieci nigdy nie otrzymał wyniku dodatniego. Pomimo to próbę urobiliny wykonał on u 6 niemowląt z przewlekłym nieżytem żołądka i jelit, u 1 z ostrym, u 1 z krwawą biegunką i u 2 z ogólnym zanikiem; odczyn dodatni otrzymał tylko u 1 z zanikiem.

Kimura [18]) twierdzi, że w żółci i smołce u noworodków, które nie otrzymywały żadnego pokarmu, urobilinogenu nie ma.

Giarré [19]) nie napotykał urobiliny w moczu przy żółtaczce noworodków.

Liczne badania, przeprowadzone przez Bookmana na zdrowych dzieciach przy różnem ich karmieniu, dowiodły, że w warunkach prawidłowych urobilinogen zjawia się w moczu tylko w bardzo niewielkiej ilości. Autor ten nigdy nie otrzymywał dodatniego odczynu na zimno, bez nagrzewania. Bardzo słabe odczyny napotykano u zdrowych niemowląt karmionych piersią, co się tłómaczy nieznacznem tylko gniciem w jelitach niemowląt przy karmieniu ich mlekiem kobiecem. Przy cuchnących stolcach występował wybitniejszy odczyn Ehrlicha. Przy zapaleniu jelit występował to słabszy, to silniejszy odczyn.

Własne badania przeprowadziłem na 123 oseskach (w wieku od 1 tygodnia do roku), posiłkując się wyżej wskazanymi odczynami: dla jakościowego określania urobilinogenu odczynem Ehrlicha, a dla jakościowego określania urobiliny — odczynem Schlesingera. Co się tyczy odczynu dimetylamidobenzaldehydowego, to dodatniego nigdy nie otrzymałem na zimno; najsłabszy nawet odczyn występował tylko przy nagrzewaniu. Za słaby odczyn uznawałem różowe zabarwienie moczu przy nagrzewaniu, za odczyn wybitny — zabarwienie czerwone do wiśniowo-czerwonego.

Z 123 niemowląt u 91 przeprowadziłem odczyn urobilinogenu i urobiliny, u reszty 32 — tylko odczyn Ehrlicha. W 10 przypadkach zapalenia płuc nieżytowego badałem obydwa odczyny powtórnie, u reszty jednorazowo. Odczyn Schlesingera uznawałem za słaby, gdy w przesączu od zmieszania równych części moczu nieprzesączonego i 10% wyskokowego rozczynu octanu cynku występowało zabarwienie zielonawe, za odczyn wybitny uważałem zabarwienie mocno zielone z czerwonawym odcieniem.

Materyał mój stosownie do postaci choroby można podzielić w następujący sposób: 12 zdrowych niemowląt (u 3 otrzymałem słaby odczyn Ehrlicha, u 1 — słaby Schlesingera*); wszystkie dzieci otrzymywały oprócz mleka kobiecego, także krowie.

Z pośród 10 przedwcześnie urodzonych (waga dzieci nie dochodziła do 2000 grm.) u 1 otrzymano słaby, a u 1 wybitny odczyn Ehrlicha; z pośród 3 niemowląt

---

*) Należy tu wspomnieć, że dodatni odczyn urobiliny otrzymałem tylko w tych przypadkach, w których także odczyn Ehrlicha był dodatni.

z przymiotem dziedzicznym u 1 otrzymano słaby odczyn Ehrlicha i słaby odczyn Schlesingera.

1 przypadek niepowikłanego ostrego nieżytu jelit dał wybitny odczyn benzaldehydowy.

Wszystkich przypadków zapalenia płuc nieżytowego, przeważnie grypowego, było 48; z tych w 16 otrzymano słaby odczyn benzaldehydowy, w 10 wybitny.

Chorych z ogólną gruźlicą (udowodnioną sekcyą) było 12; u 9 otrzymano odczyn Ehrlicha w słabszym lub silniejszym stopniu.

W reszcie przypadków był nieżyt oskrzeli (przeważnie grypowy), zapalenie ucha środkowego, krzywica, plamica, wrodzona wątłość.

Jeżeli wyłączyć z ogólnej (123) liczby osesków 12 zdrowych, to na 111 z rozmaitemi chorobami odczyn urobilinogenu otrzymałem u 43 (25 razy słaby i 18 wybitny), co stanowi 38,9%.

Słaby odczyn Schlesingera otrzymałem 9 razy, wybitny 6, co stanowi 19% (w stosunku do 79 chorych). Zaznaczam, że wybitną urobilinuryę stwierdziłem w 5 przypadkach ogólnej gruźlicy.

Rozważywszy bliżej dane, uzyskane z moich badań, przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że obydwa odczyny u zdrowych osesków prawie zawsze dają wynik ujemny, co się zgadza z twierdzeniem Bookmana; odczyn dodatni otrzymałem tylko u zdrowych niemowląt, karmionych pokarmem mieszanym (gnicie w jelitach). Moje dane potwierdzają dalej spostrzeżenia Wiłłanena, Pedenki i innych, że odczynów tych można nie otrzymać w moczu niewątpliwie chorych. Związek między siłą odczynu i natężeniem sprawy chorobowej stwierdzałem nie zawsze, na co wskazują i inni autorowie. Jeżeli odczyny te są dodatnie, to uwydatniają bezwątpienia stan patologiczny ustroju i prawdopodobnie czynnościową niedomogę wątroby co do urobiliny i urobilinogenu, ta zaś niedomoga czynnościowa, zdaniem Hildebrandta, odpowiada zmianie anatomicznej; pod tym względem te odczyny mają pewną kliniczną wartość także i w patologii wczesnego dzieciństwa. Żadnego rozpoznawczego znaczenia przy niezakaźnych chorobach u niemowląt odczyny te nie posiadają.

Piśmiennictwo. 1. O. Hammarsten. Lehrbuch der physiologischen Chemie, 1904. — 2. Cyt. według Hammarstena. — 3. Cyt. według Wiłłanena. — 4. Cyt. według Bookmana. — 5. Cyt. według Bookmana. — 6. Cyt. według Pedenko. — 7. Clemens. Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 1901, t. 71. — 8. Koziczkowsky. Berliner klin. Wochenschrift, 1902, N. 44. — 9. Wiłłanen. Ruskij Wracz, 1904, N. 46. — 10. Hildebrandt. Cyt. według Pedenko. — 11. Pedenko. Ruskij Wracz, 1911, N. 51.— 12. Labbé. Cyt. według Tugendreicha. — 13. G. Tugendreich. Archiv f. Kinderheilkunde, 1906, t. 33, str. 203. — 14. A. Bookmann. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1906, t. 64, str. 203. — 15. Bach und Reuss. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1910. — 16. Bach und Reuss. Zeitschrift f. Kinderheilkunde, t. 2. — 17. Arsenjewa. Ruskij Wracz, 1911, N. 51. — 18. Cyt. według Bookmana. — 19. Cyt. według Bookmana.

Z c. k. Kliniki okulistycznej U. J. Radcy Dworu Prof. Dra Wicherkiewicza w Krakowie.

Eozynofilia w jaskrze.

Podał

Dr Tadeusz Kleczkowski,

asystent kliniki.

W większości przypadków rozpoznawanie nerwic wewnętrznych narządów ustroju oparte jest jedynie na podstawie objawów klinicznych, bez możliwości podania anatomicznej przyczyny danego stanu chorobowego. Jednak tak, jak dotychczas udało się na podstawie ścisłych anatomiczno-fizyologicznych pojęć dokładnie zróżnicować organiczne schorzenia nerwów mózgowo-rdzeniowych, tak również tosamo powinno się udać przy schorzeniach tych nerwów, które unerwiają narządy wewnętrzne. Zagadnienie to stało się zasadniczym celem licznych doświadczalnych badań i klinicznych spostrzeżeń Eppingera i Hessa ([1]). W przeciwieństwie do tak zw. »animalnego układu nerwowego«, unerwiającego narządy naszych zmysłów i mięśnie stojące pod wpływem naszej woli, rozróżnić można układ nerwowy t. zw. »wegetatywny«, obejmujący wszystkie włókna nerwowe, unerwiające mięśnie gładkie i gruczoły. W zakresie tego układu nerwowego znajdują się również prążkowane mięśnie serca, początkowego i końcowego odcinka przewodu pokarmowego i narządu płciowego. Anatomicznie niełatwo jest oddzielić układ »animalny« od »wegetatywnego«, jądra bowiem obu układów (w mózgu i rdzeniu przedłużonym) leżą blizko siebie i połączone są licznemi włóknami łączącemi (anastomozy). Ściśle odgraniczyć się dają oba układy od siebie dopiero w przebiegu obwodowym. Główna anatomiczna różnica między oboma układami polega na tem, że zaopatrywanie narządów, będących w zakresie układu »animalnego« spełnia neuron bez żadnego pośrednictwa, w układzie zaś »wegetatywnym« między narządem unerwianym, a ośrodkiem nerwowym, leży zawsze komórka zwoju, leżącego obwodowo w rozmaitem od środka oddaleniu. Układ »wegetatywny« podzielić można tak anatomicznie, jak również i czynnościowo na dwa działy. Pierwszy, to nerw współczulny (n. sympathicus) w całym swym zakresie, drugi, to nerwy wegetatywne, w żadnym związku z nerwem współczulnym nie stojące (n. vagus).

Pod względem czynnościowym o następstwach podrażnienia nerwu współczulnego lub błędnego przekonać się według Eppingera można jedynie na drodze farmakologicznej. Adrenalina jest substancyą, działającą wyłącznie na układ nerwowy współczulny, z drugiej zaś strony pilokarpina, muskaryna i fizostygmina są truciznami, działającemi jedynie na nerwy autonomiczne (n. błędny). Te wiadomości anatomiczne i fizyologiczne wyzyskane zostały w bardzo logiczny i pomysłowy sposób dla kliniki przez Eppingera i Hessa. Badacze ci wyosobnili cały szereg obrazów chorobowych, w których powstaniu przyjąć było można za czynnik przyczynowy wzmożoną wrażliwość nerwów autonomicznych (usposobienie wagotoniczne). Do stanów wzmożonej wrażliwości nerwów autonomicznych dołączają się potem objawy chorobowe, określone wspólną nazwą

»vagotonia«. Tutaj zaliczone zostały: dychawica oskrzelowa, dusznica bolesna pochodzenia naczynioruchowego i nadmierny ruch (hypermotilitas) z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. Prócz łatwo dających się wytłomaczyć objawów klinicznych, przemawiających za usposobieniem wagotonicznem (osoby młode ze skłonnością do nieżytów, z częstymi ruchami połykowymi, ze skłonnością do zwalniania czynności serca i t. d.), zasługuje na szczególną uwagę badanie krwi w takich przypadkach. Badanie krwi u ludzi, wykazujących objawy wagotonii, względnie usposobienie wagotoniczne, stwierdza odsetkowe zwiększenie się białych ciałek krwi eozynochłonnych (Eppinger, Hess). Z badaniami temi zupełnie się zgadzają jeszcze w r. 1892 ogłoszone badania Neussera (2), który po wstrzykiwaniu u ludzi pilokarpiny, a więc ciała, drażniącego nerw błędny, zauważył we krwi eozynofilię. Obraz odsetkowy białych ciałek krwi ulega zupełnej zmianie po wstrzyknięciach adrenaliny i atropiny, eozynofilia bowiem znika, a występuje zwiększenie się ilości białych ciałek obojętnochłonnych (Bertelli, Falta, Scheeger). Zmianą w składzie krwi pod wpływem z jednej strony środków drażniących nerw współczulny zajęli się z polskich badaczy Skórczewski i Wasserberg (3). Autorowie ci na podstawie swych licznych badań, przeprowadzonych na zwierzętach i na chorych kliniki Prof. Jaworskiego, potwierdzają dawniejsze spostrzeżenia Bertellego i i., że adrenalina we krwi wywołuje neutrofilię, znikającą już po 24 godzinach po wstrzyknięciu; pilokarpina jednakże, wbrew spostrzeżeniom Neussera, nie wywołuje eozynofilii, jakby się tego można było spodziewać, ale również pod jej wpływem ciałka neutrochłonne ulegają odsetkowemu zwiększeniu.

W niedawno ogłoszonych badaniach moich (4) stwierdziłem tak próbami chemicznemi, jak również odczynem biologicznym Ehrmana, w surowicy krwi chorych na jaskrę obecność zwiększonej ilości adrenaliny, jako wyraz nadmiernej czynności układu nadnerczynowego w ustroju. Postarawszy się w poprzedniej mojej pracy o wyprowadzenie związku przyczynowego między obecnością adrenaliny w surowicy krwi w jaskrze, a powstawaniem następowego, z powodu ogólnego podniesienia się ciśnienia krwi, wzmożonego ciśnienia śródocznego, wyrobiłem sobie przekonanie, że w ustroju, w którym narząd wzrokowy uległ schorzeniu na jaskrę, napięcie (tonus) nerwu współczulnego musi być wzmożone. Doszedłszy na podstawie swoich badań do takiego wniosku, a znając z drugiej stro ıy badania Eppingera i Hessa nad wagotonią, postanowiłem się przekonać, jaki obraz krwi napotyka się u chorych wykazujących objawy podrażnienia nerwu współczulnego, w następstwie którego powstały objawy jaskry, a mianowicie podwyższenie ciśnienia śródocznego.

Sposób badania był następujący. Surowicę każdego chorego na jaskrę badałem co do obecności adrenaliny. Do wykrycia jej używałem sposobu Ewinsa (5) i Schura (6). Sposób pierwszego autora polega na zasadzie, że przy ogrzewaniu rozczynu adrenaliny z 0·1% rozczynem kalium persulfuricum powstaje zabarwienie różowe. Odczyn ten, podany przez Ewinsa dla wykrywania adrenaliny w surowicy krwi, nie jest bardzo dogodny, bo przez zagotowanie surowica się ścina i przybiera barwę różowo-żółtawo opalizującą, wykrycie więc małych ilości adrenaliny może stać się niepewne, bo polegające tylko na odróżnieniu nasilenia barwy. Z 12 teraz badanych chorych w 4 przypadkach próba wypadła ujemnie. Znacznie dogodniejszą okazała się próba Schura podana przez tego autora dla wykrywania adrenaliny w moczu. Wykonywałem próbę tę ściśle według wskazówek Schura, różnica polegała tylko na tem, że do badań użyta została surowica, a nie mocz. Do surowicy dodawałem kilka kropli nalewki jodowej (tra jodi), a nadmiar jej wyciągałem przez dodanie następowe eteru. Zabarwienie purpurowe, występujące przy próbie Schura w surowicy krwi chorych na jaskrę z powodu obecności w niej adrenaliny, jest bardzo wybitne. Nadmienić tutaj muszę, że dodanie nalewki jodowej do surowicy krwi ludzi młodych, nie mających objawów ogólnej miażdżycy naczyń krwionośnych, nie daje odczynu adrenaliny, lecz tylko mniej lub więcej surowicę krwi zabarwia na brązowo. Przekonawszy się temi próbami chemicznemi o obecności adrenaliny w surowicy, brałem krew tychsamych chorych na szkiełko podstawowe i barwiłem sposobem Jennera. Po zabarwieniu liczyłem każdy suchy preparat do 1000 białych ciałek krwi i następnie według ilości poszczególnych rodzajów ciałek białych oznaczałem ilość ich odsetkową. Limfocyty małe i duże, jak również ciałka przejściowe objąłem wspólną grupą przy obliczaniu ich liczby odsetkowej. Wyniki liczenia białych ciałek krwi w przypadkach jaskry widoczne są z niżej podanej tablicy. U wszystkich chorych badałem mocz co do obecności cukru i białka. Cukru w żadnym przypadku nie wykazałem; białko znajdowało się w moczu w przypadku 2. i 9. (Zob. tabl. na str. 317).

Jeżeli według podręcznika chorób krwi Prof. Korczyńskiego (7) i Szurka (7) będziemy uważać za prawidłowe stosunki co do liczby odsetkowej poszczególnych krwinek białych wtedy, gdy ciałek neutrochłonnych znajduje się we krwi 70—75%, ciałek eozynochłonnych 2—4%, a limfocytów dużych i małych wraz z ciałkami przejściowemi 27—30%, to porównując te dane z moimi wynikami badania krwi chorych na jaskrę, zauważyć można pewną zmianę w składzie odsetkowym krwinek białych, dowodzącą odbiegnięcia od stosunków, napotykanych pod tym względem we krwi prawidłowej. Na 12 przypadków badanych jedynie tylko w jednym ilość ciałek neutrochłonnych była w granicach prawidłowych (przypadek X: c. neutrochłonnych 70·5%), we wszystkich zaś innych ilość ich była zmniejszona, wahając się między 60—66·4%. Liczenie ciałek eozynochłonnych doprowadziło mnie do stwierdzenia w 7 przypadkach na 12 zwiększenia się ich ilości, dochodzącej nawet do 10·5% (przyp. IV). Jeżeli według Finka (8) (wedł. podręcznika Grawitza) przyjmiemy za prawidłową ilość ciałek eozynochłonnych 1—2%, to liczba przypadków badanych przezemnie, w których możnaby mówić o eozynofilii, zwiększyłaby się z 7 na 9, wśród 12 przypadków badanych. Liczby określające ilość limfocytów małych i dużych wraz z ciałkami przejściowemi leżą mniej więcej w granicach prawidłowych, wykazując czasem skłonność do zwiększenia się (przyp. VII: 36·9%).

Podawszy te wyniki badań, zastanowić się należy, jakie wnioski z nich wyciągnąć można? Wstrzyknięcie małej dawki adrenaliny człowiekowi wywołuje według Skórczewskiego i Wasserberga zgodnie z dawnemi spostrzeżeniami Falty i Bertarelliego neutrofilię, przy jednoczesnem zmniej-

Liczba porządkowa	Nazwisko chorego, wiek i L. dziennika	Rozpoznanie kliniczne	Ciśnienie śródoczne Schiötz	Odczyn		Neutrochłonne	Eozynofile	Limfocyty duże i małe	Mocz
				Ewinsa	Schura				
1	Z. A. 60 l. Nr 165	Glauc. infl. chr. f. abs. o. dex. chron. o. sin.	pr. 62·5 l. 49·1	—	+	67·7%	1·2%	34·5%	—
2	W L., 59 l. Nr 1130	Gl. infl. chr. o. u.	pr. 60 l. 44	—	+	63·8%	1·8%	34·2%	białko
3	K. M., 60 l. Nr 2090	Glauc. infl. chr. o. u.	pr. 43 l. 42	+	+	60·3%	6·6%	33%	—
4	W. A., 60 l. Nr 5247	Glauc. infl. chr. abs. o. u.	pr. 60 l. 58	+	+	63 6%	10·5%	25 8%	—
5	Ł. A., 60 l. Nr 5370	Glauc, infl. f. abs. dex. Ex car. glauc. amaurosis sin.	pr. 52 l. 42	+	+	60%	8·5%	31·4%	—
6	M. A., 64 l. Nr 6692	Glauc. abs. dex. Glauc. infl. chr. sin.	pr. 58 l. 52	+	+	64%	4·3%	31·5%	—
7	S. M., 80 l. Nr 6695	Glauc. abs. dex. Glauc. infl. ac. sin	pr. 60 l. 52	—	+	61·4%	1·7%	36·9%	—
8	K. M., 69 l. Nr 6892	Glauc. infl. chr. abs. o. u.	pr. 52 l. 50	—	+	66·4%	2·4%	30 5%	—
9	Z. T., 72 l. Nr 7018	Glauc. infl. chr. absol. dex. Prodroma glauc. sin.	pr. 50 l. 40	+	+	60·4%	5·2%	34·4%	białko
10	M. P., 70 l. Nr 7237	Glauc. inflam. chron. absol. o. u.	pr. 46 l. 54	+	+	70·5%	4·8%	22·1%	—
11	Ł. K., 68 l. Nr 2680	Glauc. chr. infl. o. u.	pr. 42 l. 41	+	+	60%	6 7%	33%	—
12	R. E., 80 l. Nr 7128	Haemophthalm. expulsivus i bulbo glauc. dex. Glauc. abs. sin.	pr. l. 58	+	+	61%	7·1%	30 5%	—

szeniu się ilości ciałek eozynochłonnych. Moje badania, przeprowadzone w podobnych warunkach ustroju, jak to było w badaniach poprzednich autorów, bo wykazującego obecność adrenaliny krążącej w surowicy krwi, stwierdzają zmniejszenie się ilości ciałek neutrochłonnych przy jednoczesnem częstem zwiększaniu się ilości ciałek eozynochłonnych. Warunki, w jakich badania moje w porównaniu do badań innych autorów były przeprowadzone, nazwałem dlatego tylko podobnymi, a nie takimi samymi, bo adrenalina w doświadczeniach poprzednich autorów, jako w jednorazowej dawce wstrzyknięta, jedynie tylko krótko w ustroju mogła działać; w przypadkach zaś moich, gdzie chorzy okazywali objawy jaskry, adrenalina przez długi czas we krwi krążyć musiała, zanim w ustroju rozwinęły się następstwa jej obecności we krwi. Gdy więc w przypadkach innych autorów możnaby mówić o ostrem, nagłem zadziałaniu adrenaliny, to w przypadkach jaskry możemy mówić o jej działaniu przewlekłem. Różnicą tą w długości czasu działania adrenaliny należałoby zdaniem mojem tłomaczyć sobie odmienne wyniki moich badań w porównaniu do poprzednich badaczy. Za tem przemawiają (aczkolwiek nieliczne) spostrzeżenia Skórczewskiego i Wasserberga, stwierdzające występowanie eozynofilii we krwi świnek morskich, którym przez dłuższy czas wstrzykiwano adrenalinę. Za wnioskami moimi przemawiają również doświadczenia Staübliego (9). Badacz ten stwierdził, że wstrzykiwanie hodowli zabitych drobnoustrojów wywołuje leukocytozę neutrofilną przy równoczesnem zmniejszeniu się ciałek eozynochłonnych. Neutrofilia ta jest chwilowa, w miarę bowiem powrotu ciałek neutrochłonnych do liczby odsetkowej prawi-

dłowej wytwarza się eozynofilia, którą Staübli uważa za odczynową. Zdaniem mojem wyniki badań Staübliego przenieść można w celach porównania na badania wpływu adrenaliny na skład krwi. Po jednorazowem wstrzyknięciu adrenaliny do ustroju występuje neutrofilia, która następowo w przypadkach dłuższego działania adrenaliny we krwi przechodzi w eozynofilię odczynową. Czy ta eozynofilia odczynowa, za jaką ją w przypadkach jaskry uważam, powstaje dzięki chemicznemu działaniu adrenaliny wprost na narządy krwiotwórcze, czy, idąc w myśl Eppingera i Hessa, w następstwie zadziałania jej na drodze nerwowej (n. współczulny), trudno jest dać zupełnie pewną odpowiedź.

Piśmiennictwo. 1) Eppinger u. Hess. Die Vagotonie. Berlin 1910. — 2) Neusser. Wiener kl. Woch. 1892. — 3) Skórczewski i Wasserberg. Lwów, Tyg. lek. Nr 26, 1911. — 4) Kleczkowski. Postęp okulist. Lipiec 1911 i Klin. Monatsbl. f. Agh. Bd. XLIX Oktob. 1911. — 5) Ewins. Journ. of. Phys. Vol. p. 513, 1911. — 6) Schur. Według Biedl. »Innere Sekretion« 1910. — 7) E. Korczyński i Szurek. Choroby krwi. Kraków, 1906. — 8) Fink. Według Grawitz Klin. Pathol. d. Blutes. Leipzig, 1911. — 9) Staübli. Ergebnisse d. inneren Medizin. Berlin, 1910.

Oceny i sprawozdania.

Gesammelte Werke von Robert Koch. Lipsk 1912 (G. Thieme). Tomów 2, str. 706 + 1216. Cena 80 Marek (w oprawie 88 Marek).

Zbiorowe wydanie dzieł Roberta Kocha wyszło pod redakcyą Gaffkyego, Pfuhla i Schwalbego. Obejmuje ono 2 wielkie tomy formatu dużej ósemki, liczące razem prawie 2000 stron.

Na 43 tablicach, umieszczonych na końcu każdego tomu, znajduje się bardzo wiele fotografii bakteryj i pierwotniaków, badanych przez Kocha w hodowlach, tkankach, preparatach i t. d. Są też dołączone 2 mapy okolic jeziora Viktoria Nyanza, zwiedzonych przez niego. W tekście pomieszczono 194 rycin, przedstawiających jużto świat i krajobrazy z wnętrza Afryki (z kolonii niemieckich) i objaśniających wiele z tego, co w tekscie opisano o śpiączce afrykańskiej, o sposobach jej szerzenia się, jużto fotografie murzynów, dotkniętych framboezyą, jużto tablice, przedstawiające szerzenie się ospy i gruźlicy w miastach Europy i Ameryki i ospy w armiach niemieckiej, francuskiej i austryackiej. Dalej są rysunki bakteryi cholery w tkankach i hodowlach, plany z Altony i z Nietleben, objaśniające szerzenie się cholery, wiele krzywych gorączki w zimnicy i w durze powrotnym, rysunki różnych postaci pasorzyta zimnicy, fotografie różnych gatunków świdrowców, rysunki krętków Obermeyera i afrykańskiej gorączki powrotnej, różne stadya przeobrażeń »pyroplasma bigeminum« i zarazka »african coast fever«, przeszło 20 fotografii różnych typów murzyńskich i scen z ich życia, ciekawych ze względów antropologicznych, obyczajowych i cywilizacyjnych (rysunki na skałach w Kisiba).

Na początku dzieła umieszczono portret Kocha, a na początku tomu II. fotografię jego nagrobka w mauzoleum Zakładu chorób zakaźnych (Institut für Infektionskrankheiten) w Berlinie.

W krótkim wstępie, napisanym przez jednego z wydawców, podano, że wszystkich prac ogłoszonych przez Kocha samego lub do współki z innymi, jest niespełna 100 w ciągu 34 lat jego działalności, a więc liczba względnie niewielka. Koch chwytał za pióro wyłącznie wtedy, gdy miał napisać coś naprawdę nowego. Bardzo rzadko tylko dawał się wciągnąć w polemikę mimo licznych nieraz i namiętnych wycieczek przeciw niemu.

Wiele jego mów wcale nie drukowano, a mnóstwo sprawozdań i orzeczeń, wydanych przez niego dla różnych władz w ciągu 3 dziesięcioleci, jest po większej części ukrytych w archiwach. Wydawcy starali się, o ile mogli, wydobyć je stamtąd, ale okazało się to często niemożliwem z różnych powodów. I to jednak, co zdołali wydostać i włączyć do »Zbiorowego wydania« stanowi z wielu względów ciekawy materyał.

Po wstępie następuje mowa, wygłoszona przez Gaffkyego ku czci i pamięci Kocha w nowej auli uniwersytetu berlińskiego, w rocznicę jego urodzin w dniu 11. grudnia 1910. Dowiadujemy się z niej, że Koch był jednem z trzynaściorga dzieci swych rodziców, że ojciec jego, urzędnik górniczy, chciał go kształcić na kupca, z powodu braku środków na studya kosztowniejsze. To też tylko z wielką biedą i walcząc z niedostatkiem mógł Koch skończyć wydział lekarski w Getyndze w r. 1866. Potem służył kilka miesięcy w szpitalu hamburskim, następnie przez 2 lata w Langenhagen w zakładzie dla idyotów, a od r. 1869 praktykował w Księstwie Poznańskiem w Rakoniewicach (Rackwitz). Stamtąd odbył kampanię r. 1870/71, a po powrocie zdał egzamin fizykacki i otrzymał miejsce lekarza rządowego w Wolsztynie (Wollstein). Tam rozpoczął badania nad wąglikiem i zakażeniami przyrannemi, których wyniki uczyniły imię jego sławnem w świecie lekarskim i przyrodniczym i zapewniły mu w r. 1880 przeniesienie do Berlina, do cesarskiego Urzędu zdrowia, właśnie wtedy założonego. Tu rozpoczyna się jego genialna działalność, znana nawet nielekarskiej publiczności. W r. 1885 mianowany został zwyczajnym profesorem higieny w uniwersytecie berlińskim; ponieważ jednak dydaktyczna działalność zabierała mu za dużo czasu, w r. 1891 zrzekł się tego stanowiska i objął kierownictwo Zakładu dla chorób zakaźnych (Institut für Infektionskrakheiten), stworzonego dla niego. Na tem stanowisku pozostał do końca życia z kilkoletniemi przerwami, poświęconemi na wyprawy do Włoch, Afryki, Indyi, na Jawę i do Nowej Gwinei w celu badania chorób zakaźnych. Zmarł dnia 27. maja 1910 w Baden-Baden.

Dalej następuje zbiór prac Kocha, ogłoszonych w różnych pismach (przeważnie w Deutsche mediz. Wochenschr.) w liczbie 99, a potem zbiór prac (orzeczeń, sprawozdań i t. p.), dotąd drukiem nie ogłoszonych, w liczbie 92.

Pisanie recenzyi tych prac byłoby nie na miejscu. Już dawno ocenił je świat naukowy tak, jak na to zasługują. Chciałbym tylko podzielić się z czytelnikami polskimi niektóremi wrażeniami, jakie się otrzymuje przy ich czytaniu. Fachowcom wiele tych prac jest już dawno dobrze znanych, ale sądzę, że każdy jeszcze znajdzie tam prace, których poprzednio nie czytał (nie mówiąc oczywiście o 92 dotąd drukiem nie ogłoszonych), albo które wyszły mu już z pamięci. I gdy się je teraz widzi wszystkie razem zebrane przed sobą, czyta się je znowu z takiem samem zajęciem, jak kiedyś przed kilku lub kilkunastu laty czytało się je po raz pierwszy. W miarę czytania rośnie zajęcie się niemi: niecierpliwie zdąża się do końca, nie mając nieraz nawet czasu na dokładne rozważenie tego, co się przeczytało, tak jak w powieści zatopiony czytelnik nerwowo zmierza do zakończenia fabuły i rozwikłania sytuacyi. Tylko ta jest różnica, że w powieści chodzi o utwór fantazyi, chociaż nieraz na rzeczywistości oparty, genialnego powieściopisarza, — a tutaj chodzi o rzeczy bardzo realne, mające niezmierną wagę nietylko dla życia każdego człowieka z osobna, ale wprost dla całej ludzkości. I prawie wszystkie prace Kocha czyta się tak łatwo i z takiem do końca nie słabnącem zajęciem, jak doskonałą powieść. Jestem pewny, że nietylko bakteryolog będzie je uważał za bardzo przystępną lekturę, ale każdy lekarz taksamo powie. Może przyczyną tego jest ta wielka prostota metod bakteryologicznych, które jednak zaprowadziły Kocha i jego uczniów do największych odkryć (np. gruźlica, cholera, dur

brzuszny, błonica); — a może też to, o czem mówią i wydawcy, że »simplex veri sigillum«: jak najmniej hypotez — jak najwięcej faktów.

A dalej, jeżeli się czyta te prace, to inna jeszcze rzecz uderza: mozolne i delikatne poszukiwania przyczyny np. cholery, gruźlicy, lub zagadkowych chorób w głębi Afryki grasujących, a które się okazały dżumą, śpiączką afrykańską, zimnicą, badania niektórych zaraz bydlęcych, doprowadzają wreszcie do celu. Zdawałoby się, że to jest zakończenie fabuły w tych niezwyczajnych powieściach Kochowskich i na tem rzecz powinna się skończyć: ale nigdzie tego niema. Bezpośrednio w tropy za odkryciem przyczyny chorób idzie drugie, ważniejsze jeszcze zadanie, a tem jest szukanie sposobów na ten świeżo odkryty zarazek. I tu, jak nigdzie lepiej widać, że Koch, to nie był mól książkowy, ani tylko do ślęczenia nad mikroskopem stworzony pracownik. On odkrycie przyczyny zarazy uważał tylko za środek do celu, tylko za jeden z etapów tej drogi, na której końcu istnieje zupełne wytępienie danej choroby z pośród ludzkości. Ma się nieraz wrażenie, czytając Kocha, że jest on jakby personifikacyą usiłowań ludzkości, zmierzających do walki z zarazą. Po jednej stronie on, upatrujący z przedziwną cierpliwością, logiką, sprytem i zręcznością słabych stron wroga i przygotowujący broń do zadania śmiertelnego ciosu, a z drugiej strony zaraza niszcząca, ślepa, bezlitosna, w postaci np. Boecklinowskiego uosobienia dżumy. Ma się naprawdę wrażenie po kilku godzinach czytania tych powieści Kocha z głębi Afryki, że to zmagają się ze sobą dwie potęgi, które sobie wydały bój śmiertelny. I można powiedzieć bez przesady, że w tej walce zaraza otrzymała cios śmiertelny, że pocisk wypuszczony z ręki Kocha utkwił w niej głęboko. Oczywiście, że miną jeszcze dziesiątki lat, a może i stulecia, zanim z powierzchni ziemi zginą groźne teraz jeszcze zaraźliwe choroby, takie jak gruźlica, cholera, zimnica, śpiączka afrykańska, trąd, dur brzuszny, dur powrotny, że wymienię tylko ludzkie zarazy, których zwalczaniem Koch się zajmował; ale faktem jest, że na każdą z tych chorób proponował on sposoby dokładnie przestudyowane, mające pierwszorzędne znaczenie w ich zwalczaniu. I nietylko podawał sposoby, — ale i w czyn je wprowadzał. Czynił doświadczenia na wielką skalę nad setkami, a nawet tysiącami ludzi po wyspach, wsiach sametnych i miasteczkach, a doskonałe wyniki tych doświadczeń były dowodem słuszności jego projektów. Wspomnę tylko o zwalczaniu zimnicy, duru powrotnego, cholery, nie mówiąc o zarazach bydlęcych (np. księgosusz). Według Kochowskiego planu przeprowadza się od jakich dziesięciu lat zwalczanie duru brzusznego nad zachodnią granicą Niemiec; od czasu wykrycia lasecznika gruźlicy śmiertelność na tę chorobę w Niemczech stale i prawie co roku spadała z 32 na 10.000 mieszk. rocznie w latach około r. 1880, do 16 na 10.000 mieszk. obecnie. Jeśli to zmniejszanie śmiertelności z gruźlicy pójdzie i nadal w takiem samem tempie, jak dotąd, to za 25 lat będzie gruźlica należeć w Niemczech do bardzo rzadkich chorób.

Gdy się czyta o tych praktycznych eksperymentach Kocha nad zwalczaniem chorób zakaźnych, przeprowadzanych z taką samą sumiennością i ścisłością, jak jego eksperymenty w pracowni i dających świetne wyniki, czuje się wyraźnie, że się tu czyta o wielkich rzeczach i o wspaniałych czynach. Nie ulega wątpliwości, że my jeszcze nie możemy ocenić wielkości Kocha tak, jak na to zasługuje; jesteśmy mu za blizcy i wiele gwiazd drugorzędnych zasłania nam jego postać. Ale z pewnością po kilku pokoleniach będzie on w tym złotym wieku nauk lekarskich, który się począł od drugiej połowy zeszłego stulecia, — jedną z gwiazd pierwszorzędnych, jeśli nie głównem ogniskiem, którego potężne promienie będą świecić przez całe następne stulecia.

Na tem kończę tę recenzyę, która może za długo trwała i miejscami była za gorąca; ale trudno jest pisać o rzeczach wielkich według szablonu. Doc. R. Nitsch.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Czerny i Caan. **O leczeniu nowotworów złośliwych mesotorem i torem x.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 14). Próby leczenia powyższymi przetworami nowotworów nieuleczalnych, dokonane w Domu samarytańskim w Heidelbergu, wypadły wcale dobrze, przyczem okazało się, że przetwory toru nie ustępują wcale co do skuteczności radowi. Leczono w ten sposób 85 raków, 12 mięsaków, 6 naczyniaków i 8 przypadków gruźlicy zewnętrznej i tocznia. Dołączone ilustracye dowodzą, jak czasem wynik kosmetyczny po tem leczeniu bywa znakomity. Bardzo dobrze działa też tor na tocznia i na naczyniaki.

Tor x stosowano śródnowotworowo, śródżylnie lub na oba sposoby, przyczem spostrzegano zaraz odczyn w nowotworze w postaci przemijającego zaczerwienienia, obrzmienia i bolesności nowotworu (nawet po śródżylnem wstrzyknięciu, a więc poza obrębem nowotworu). W następstwie zjawiał się znów dodatni odczyn w postaci kurczenia się i twardnienia nowotworu. Jedynie w jednym przypadku spostrzegano potem pogorszenie się miejscowe i rozsianie sprawy ogólne.

Kazuistyka autorów wykazuje niemal w połowie przypadków, zwłaszcza przy nowotworach nie głębokich, wyniki wcale zachęcające do dalszych prób. K.

Pickenbach **Wyjaławianie skóry nalewką jodową.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 12). Autor bardzo chwali ten sposób szybki, prosty i pewny w porównaniu ze starymi sposobami wyjaławiania (gorącą wodą, alkoholem, sublimatem) skóry i samej rany. Nalewka jodowa bez porównania pewniej działa zapobiegawczo przeciw następowemu zakażeniu ogólnemu z rany. P. przytacza kilka przypadków ciężkich zranień, (rana rozległa na twarzy, rany skórno-mięśniowe, z ukąszenia przez psa, pęknięcie żylaków), które leczył, po oczyszczeniu rany i okolicy wacikiem napojonym benzyną, posmarowaniem rany i otoczenia nalewką jodową i zawsze osiągał wynik doskonały, bez gorączki, towarzyszącej zwykle zanieczyszczonym zranieniem. Zaraz po stosowaniu jodyny występuje silny nader wyciek ropny z rany, także otoczenie rany wygląda nieco zapalnie. Ale brak gorączki, bardzo piękna, rychło występująca ziarnina uspokajają zupełnie. Następnie wystarczają opatrunki z suchej i wyjałowionej gazy. Autor zaleca więc ten sposób nietylko w szpitalach i klinikach, ale także w praktyce prywatnej, szczególnie w przypadkach nagłej pomocy chirurgicznej. Mondschein.

Eicken. **Podśluzowe wycinanie przegrody nosa.** (Med. Klinik 1912. Nr 13). Skrzywienia przegrody nosa są niezmiernie częste, i to tak natury urazowej, jak i wrodzone. Co do czasu operacyi, to niektórzy nie radzą operować nosa zbyt wcześnie, bo wpływać to ma niekorzystnie na dalszą formacyę twarzy. Granicą taką ma być 14. rok życia (White). Najczęstszem wskazaniem do operacyi na przegrodzie jest utrudnienie oddychania, prócz tego stosuje się ten zabieg kosmetycznie, dalej przy dychawicy, ozenie, częstych nieżytach nosa, skłonności do zapaleń gardła, przy ropieniach jam, gdy wydzielina ma zły odpływ i t. p. W Niemczech operuje się głównie w znieczuleniu miejscowem ew. z dodatkiem wstrzyknięcia morfiny w dolną małżowinę nosową. Bardzo często chorzy po wstrzyknięciu płynu znieczulającego pod błonę śluzową dostają bicia serca, o czem pamiętać należy. Zabieg wykonuje się o ile możności u chorego siedzącego. Zwykle cały zabieg trwa do 20 minut. U dzieci trzeba zostawić koniecznie trochę chrząstki na grzbiecie nosa. Chrząstka zwykle po zabiegu się nie odradza, lecz tworzy się tylko twarda tkanka bliznowata. Dość częstem powikłaniem po operacyi jest mieszkowe zapalenie gardła, rzadziej zapalenie ucha środkowego. Wogóle jednak jest to

zabieg bardzo wdzięczny i nie niebezpieczny i lekarze powinni do niego zachęcać chorych. A.

Graff. **Uodpornianie otrzewnej przed laparotomiami z pomocą wstrzykiwań podskórnych kwasu nukleinowego.** (Tow. lek. wied. III. 1912). W klinice chirurgicznej Eiselsberga wypróbowano na 1056 przypadkach polecone w roku 1904 przez Mikulicza uodpornianie otrzewnej zapocą podskórnych wstrzykiwań kwasu nukleinowego. Szczegółowe jednak badania i porównywania z przypadkami kontrolnymi wykazały, że te wstrzykiwania nie mają wybitnie dodatniego wpływu. Tak np. śmiertelność po wycięciach żołądka przy wstrzykiwaniach 15%, bez 9%, przy zapaleniu wyrostka jednaka, przy operacyach na drogach żółciowych przy wstrzykiwaniach 1·7%, bez 1·4%. Rzekomo pomyślny skutek jest tylko pozornym, a odnieść go należy do innych czynników np. lepszej techniki i t. p. K.

Pupovac. **Chirurgiczne leczenie ropnego zapalenia otrzewnej przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 13). Leczenie operacyjne ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej przy zapaleniu wyrostka daje coraz lepsze wyniki. Operować należy o ile możności zawwsze, o ile stan ogólny na to pozwala. Zadaniem operacyi jest usunięcie przyczyny choroby, a więc także wycięcie wyrostka robaczkowego i usunięcie ropy. Cięcie powinno być tak duże, jak tego potrzeba wymaga. Większość chirurgów oświadcza się obecnie za przepłukaniem otrzewnej, lecz ostrożnem, t. j. nie pod ciśnieniem i w pozycyi pół siedzącej. Obecnie sączkuje się ranę zwykle tylko w dole, a resztę jej zaszywa, a to w tym celu, aby przywrócić śródbrzuszne ciśnienie, potrzebne do wydalania wydzielin. Niektórzy zaszywają nawet otrzewnę zupełnie, co jest bezwzględnie przeciwwskazane w razie niedokładnego zatamowania krwawienia, ropnego nacieku lub martwicy otrzewnej, przy ubytkach i powierzchni ziarnkującej w otrzewnej. O ile racyonalnie stosowane wlewania rozczynów soli kuchennej wiele pomagają, o tyle stosowane szablonowo bez potrzeby są dla serca poprostu zawadą, zwiększając jego pracę. Autor nie jest zwolennikiem enterostomii, gdyż twierdzi, że zwykle udaje się inną drogą osiągnąć drożność przewodu pokarmowego.

Zwolnienie tętna po operacyi pozwala bardzo dobrze rokować. Natomiast oddech chorego, mający woń acetonu, dowodzi bardzo ciężkiego zakażenia. Co do badania bakteryologicznego, to ma ono o tyle znaczenie prognostyczne, że zwykle zakażenia czyste dają gorsze rokowanie, niż mieszane. Wyniki operacyjne są obecnie już znacznie lepsze, a Rehn i Rotter mają wyleczeń 64—78%; podobnie i autor (68%). P. jest zdania, że wobec grozy zapalenia otrzewnej powinno się o ile możności zawsze operować zapalenie wyrostka robaczkowego. Za bardzo nieracyonalne uważa P. leczenie narkotykami lub poronne leczenie Sonnenburga olejkiem rącznikowym. Wszelkie obliczanie choroby na godziny i dnie nie ma podstawy, a wszelkie »niezawodne oznaki« zawodzą zbyt często i dlatego ani jedno, ani drugie nie mogą rozstrzygać o wskazaniu do operacyi. K.

Położnictwo i ginekologia.

Rieck. **Pituitryna w praktyce prywatnej.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 15). R. ostrzega przed stosowaniem pituitryny w praktyce prywatnej, gdyż może ona wywołać skurcz tężcowy macicy i stworzyć przez to niepożądane powikłanie. Zjawisko to spostrzegali również inni autorowie. A. Markowa.

Fühner. **Czynniki składowe pituitryny.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 16). Autor poleca stosowanie i badanie kliniczne histaminu (β-imidazotylaethylamin) na zasadzie podobieństwa do pituitryny, przejawiającego się we wpływie na krążenie i oddychanie. Przetwór ten miałby tę wyższość nad pituitryną, że jest ciałem chemicznie czystem, dającem się łatwo wytworzyć i nadającem się do ścisłego dawkowania. A. Markowa.

Kehrer. **Leczenie operacyjne krwotoków poporodowych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 16). Wychodząc z założenia, że macica atoniczna nie da się żadnymi środkami drażniącymi pobudzić do skurczu, proponuje autor w takich przypadkach, gdzie grozi śmierć wskutek utraty krwi, podwiązanie wszystkich naczyń, doprowadzających krew do macicy, na drodze cięcia brzusznego, zapomocą jednej podwiązki z każdej strony. Usunięcie trzonu sposobem Porro uzależnia K. od zakażenia. Po podwiązaniu wprowadzenie śródżylne rozczynu fizyologicznego soli z adrenaliną. A. Markowa.

Hamm. **Czy można wobec poronień, przebiegających z zakażeniem, kierować się wskazaniem bakteryologicznem.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 16). Autor jest przeciwnikiem zachowawczego punktu widzenia Wintera, Waltharda i Traugotha i leczy poronienie czynnie, nie kierując się zgoła obecnością lub brakiem paciorkowca hemolitycznego w wydzielinie, a zachowuje się wyczekująco jedynie wtedy, gdy sprawa zakaźna przekroczy ściany macicy, przechodząc na tkankę łączną okołomaciczną lub na otrzewnę. A. Markowa.

Häberle. **W sprawie leczenia poronień zakażonych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 14). Dla skontrolowania tak silnie obecnie zalecanego leczenia zachowawczego przy poronieniach, przebiegających z zakażeniem, zebrał autor 20-letni materyał kliniczny z Würzburga, gdzie stosowano leczenie czynne. Na 98 zakażonych przypadków wynosiła śmiertelność 5%. Zwolennicy zaś leczenia zachowawczego mają: Winter 5% (na 17 przypadków), Schottmüller 50%. Zważywszy te dane statystyczne, jak również niepewny wynik badań bakteryologicznych, na których opierają się zwolennicy zachowawczego postępowania, wielorakie niebezpieczeństwo, połączone z pozostawieniem w macicy resztek jaja, dłuższy znacznie przebieg poronienia i wreszcie krwawienie, oświadcza się autor za leczeniem czynnem A. Markowa.

Weber. **Rentgenoterapia w ginekologii.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 14). Leczenie zapomocą promieni Roentgena daje pomyślny wynik przedewszystkiem przy krwawieniach w okresie przekwitania: na 49 chorych miał autor 31 zupełnych wyleczeń w przypadkach ciężkich, gdzie naświetlanie było ostatnią próbą przed ewentualnem całkowitem usunięciem macicy. Przy krwawieniach u osób młodych naświetlanie nie dawało czasem żadnych wyników: jajniki u osób młodych są odporniejsze na działanie promieni Roentgena. Dodatnie wyniki osiągał W. przy miesiączkowaniu bolesnem i przy mięśniakach, tu jednak zależnie od usadowienia guza i wieku chorej. Sprawa wyjałowienia (sterilisatio) i przerywania ciąży zapomocą promieni Roentgena wymaga dalszych spostrzeżeń. Autor podkreśla, że objawy wskutek braku czynności jajników występują przy tej metodzie mniej wybitnie, niż po nagłem usunięciu jajników na drodze operacyjnej. A. Markowa.

Kelen. **Leczenie przewlekłego zapalenia mięśnia macicy (metritis chronica) zapomocą promieni Roentgena.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 14). Leczenie trwa od 12 tygodni do pół roku. Na 38 przypadków miał K. wynik dodatni w 27, a objawy podmiotowe ustępowały już po 4 tygodniach. Równocześnie stosował K. także inne metody, usuwające zapalenie przewlekłe i krwawienie. Macice wiotkie bez wybitnego przerostu tkanki łącznej dają wyniki lepsze. Równocześnie występujące zwężenie pochwy uczyniło w 3 przypadkach zbędnym zabieg operacyjny (kolporrhaphia), a ewentualna bezpłodność, która utrzymuje się z górą przez rok, ma również wpływ dodatni, gdyż daje przerwę w pracy mięśnia macicznego. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Braendle. **O nowej metodzie leczenia zapaleń najądrza i stawów na tle wiewióra.** (Mediz. Klinik 1912,

Nr 11). Autor poleca przy ostrem zapaleniu stawów na tle wiewióra wyrabiany przez firmę Clin w Paryżu na drodze elektrycznej elektrargol lub wyrabiany przez Rosenberga w Charlottenburgu fulmargin. W przeciwieństwie do wyrabianych na drodze chemicznej przetworów srebrowych, nie są te oba przetwory zanieczyszczone żadnemi domieszkami. B. zaleca śródmiąższowe wstrzykiwania 10 cm³ elektrargolu, które zależnie od ciężkości przypadku powtarza co 2. lub 3. dzień aż nawet do 10 wstrzyknięć. Są one zupełnie bezbolesne. B. jest przeciwny wstrzykiwaniom podskórnym z powodu bolów i zdarzających się przypadków zgorzeli. Wyniki w ostrem zapaleniu miał dobre, osiągał bowiem rychły spadek gorączki, obniżenie bolów w stawie i zmniejszanie się obrzęku. B. przeprowadzał doświadczenia także z innym środkiem, przez Brucka zaleconym, — arthigonem (rozczyn hodowli dwoinek wyjałowionych przy 60°), — wstrzykując śródmiąższowo co 3. dzień, z początku po $^1/_2$ cm³, potem po 1 cm³, wreszcie po 2 cm³ aż do 6 wstrzyknięć najwyżej i zauważył, że im silniejszy odczyn ogólny i miejscowy po wstrzyknięciu, tem widoczniejsza poprawa, ale przy silnem podniesieniu ciepłoty po wstrzyknięciu radzi B. zarzucić arthigon, a rozpocząć wstrzykiwania elektrargolu, jako obniżającego ciepłotę.

Przy przewlekłem zapaleniu stawu środki te zawodziły często, tak, iż B. zaleca obok nich miejscowe leczenie w postaci ciepłych okładów, dopływu gorącego powietrza i założenia opaski na 23 godzin w dobie sposobem Biera, przytem okład z ichtyolgliceryny. Zaleca wczesne ruchy czynne i bierne w stawie, by zapobiedz zesztywnieniu stawu, by w ten sposób zarodków tam przytajonych nie pobudzić do nowego życia, nie wpędzić ich do obiegu krwi i nie wywołać ciężkiego zakażenia ogólnego. Przy tem ciężkiem zakażeniu ogólnem, (zwanem gonaemia lub też gonorrhoismus) radzi B. wcierania szaruchy. Jeżeli staw raz został zajęty, należy stanowczo zaprzestać leczenia samego wiewióra miejscowo, bo w takim razie stale spostrzegać się daje zaostrzenie zapalenia stawu i podniesienie ciepłoty. B. radzi ograniczyć się wtedy do leczenia wewnętrznego. Na przewlekłe zajęcie stawu dobrze działa naświetlanie głębokie promieniami Röntgena. Przy zapaleniu najądrza działają również dobrze wstrzykiwania elektrargolu, ale tylko przy ostrem zapaleniu, nie zaś przy przewlekłem. B. obok wstrzykiwań śródmiąższowych do mięśni kulszowych wstrzykuje do samego najądrza 1 cm³ elektrargolu, co odbywa się bez bolu; chorzy chwalą sobie bardzo szybkie ustąpienie bolu, które w wielkiej części polega na nakłuciu i zniesieniu napięcia osłonki (tunica vaginalis), ale w jeszcze większym stopniu na działaniu resorbcyjnem samego zastosowanego środka. Mondschein.

Guttfeld. **Odczyn Wassermanna przy salwarsanie krążącym we krwi.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 13). Odczyn Wassermanna jest niezmieniony bezpośrednio przed czy po wstrzyknięciu salwarsanu. Autor radzi krew do próby Wassermanna brać z żyły łokciowej bezpośrednio po wstrzyknięciu salwarsanu, korzystając już raz z nakłucia ściany żylnej, a nie osobno, aby chorego niepotrzebnie nie męczyć. Jeżeli odczyn Wassermanna mimo wielkich ilości salwarsanu (3—5 gr) stale jest dodatni, a nie ma przytem wcale objawów klinicznych kiły utajonej, należy zaprzestać leczenia. Mondschein.

Prof. Goldscheider. **O kiłowych schorzeniach aorty.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 12). Do kiłowych schorzeń aorty zalicza G.: zapalenie kiłowe aorty (aortitis lub mesaortitis luetica), tętniaki aorty i niedomykalność ujścia tętniczego lewego (insufficientia aortae). Objawy podmiotowe pierwszej z tych spraw są następujące: Uczucie ucisku i bolu w okolicy serca, rozpromieniające się ku barkom, wzmagające się przy ruchach, w zimnem powietrzu, na wietrze, czasem i po jedzeniu. W poszczególnych przypadkach bole w plecach lub w prawej stronie klatki piersiowej, dalej także napady bicia serca, napadowe przyspieszenie tętna, z arytmią lub bez. Przedmiotowo stwierdza się nieczysty pierwszy ton nad aortą lub skurczowy szmer z dźwięcznym drugim tonem nad aortą, stłumienie nad mostkiem, czasem objawy ogólnej miażdżycy tętnic. Często jest wzmożenie tętniczego ciśnienia krwi, czasem do znacznej wysokości, nieraz zdarza się nieznaczne rozszerzenie cienia naczyniowego w obrazie Röntgena. Objawy przedmiotowe tętniaka, szczególnie części wstępującej i łuku aorty są, obok wyniku prześwietlenia promieniami Röntgena, następujące: nieznaczne wstrząśnienia ściany klatki piersiowej, dostrzegalne często tylko przy bocznem oglądaniu, przy dokładnem lekkiem opukiwaniu wyraźne stłumienie nad mostkiem. Tętniaka części zstępującej trudno rozpoznać bez badania promieniami Röntgena. Niedomykalność ujścia tętniczego lewego daje jako objaw przedmiotowy szmer; podmiotowe objawy są niewyraźne, podobne czasem do objawów zapalenia ściany aorty. Podłoże kiłowe powyższych schorzeń przypuszczać należy, gdy wynik wywiadów ujemny, — na podstawie niestosunkowo młodego wieku, braku ogólnej miażdżycy tętnic, równoczesnego wystąpienia kiłowych czy metaluetycznych schorzeń układu nerwowego (wiąd, porażenie postępowe), w końcu »ex juvantibus«. Przy dokładnem zwracaniu uwagi na powyższe szczegóły, niejednego zadziwi, jak częste są po kile powyższe schorzenia aorty, na które dotąd bardzo mało zwracano uwagi. Leczenie zasadza się na energicznem równoczesnem stosowaniu jodu i rtęci (wcierania); pod wpływem samego jodu nie widział G. polepszenia, co do salwarsanu nie ma dość doświadczenia w tym kierunku. (Moje spostrzeżenia w tym względzie co do salwarsanu podałem w »Przeglądzie« pracy z 30. XII 1911. Przyp. sprawozdawcy). Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 1. kwietnia 1912.

1) Czł. Napoleon Cybulski przedstawia pracę własną p. t. **Prądy elektryczne w mięśniach czynnych, ich charakter i źródło.**

W pracy niniejszej autor wykazuje, że wszystkie dotychczasowe teorye prądów czynnościowych w mięśniach nie odpowiadają rzeczywistemu stanowi rzeczy, nie ujmują bowiem całości szeregu zjawisk elektrycznych, obserwowanych podczas stanu czynnego i nie podają dla nich zgodnego z zasadami fizyki tłomaczenia. Na podstawie doświadczeń na mięśniach oraz na schematach autor dochodzi do wniosku, że zjawiska elektryczne w mięśniach podczas stanu czynnego pochodzą z tego samego źródła, jak prądy spoczynkowe, t. j. są następstwem tworzenia się w poszczególnych odcinkach mięśnia stosów płynnych o układzie niesymetrycznym względem otoczenia. Ponieważ podczas każdej czynności mięśnia zachodzi nasamprzód sprawa dysymilacyi żywych cząsteczek a następnie asymilacyi, więc odpowiednio do tego w każdym punkcie mięśnia powstają dwa prądy, dwa okresy, czy dwie fazy; w pierwszej prąd ma kierunek taki sam, w jakim stan czynny po włóknie się rozchodzi, w drugiej kierunek przeciwny. Prąd w pierwszej fazie powstaje prawie nagle po pewnym okresie utajonym od chwili podniecenia (około $\frac{1''}{1000}$), szybko dochodzi do pewnego maximum (około $\frac{4''}{1000}$) i znika, ustępując miejsca prądowi odwrotnemu fazy drugiej, który rozwija się powolniej i trwa znacznie dłużej (przeciętnie około $\frac{4''}{10}$). W porównaniu do skurczu mechanicznego pierwsza faza przebiega prawie całkowicie w okresie utajonego podnie-

cenia skurczu mechanicznego, druga kończy się z końcem skurczu mechanicznego, albo nieco później.

2) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę p. M. Lipcównej p. t. **Zmiany w wymiarach głowy warszawskich żydówek.**

(Przedmiot 6 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

Wydział lekarski.

Protokół XVI posiedzenia Wydziału lekarskiego w dniu 11 (24) listopada 1911.

Obecnych osób: — członków 22, — gości 4. Przewodniczący prezes Prof. O. Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr B. Wilamowski: **Kilka słów o chorobie Bantiego** (z pokazem operowanej chorej i preparatów drobnowidowych).

Prof. Guido Banti w r. 1894 opisał kilka spostrzeganych przez siebie przypadków niedokrwistości śledzionowej, które przebiegały z objawami marskości wątroby i puchliną brzuszną; te przypadki odznaczały się nadto ogromną śledzioną. W zmianach śledziony właśnie upatrywał Banti najgłówniejszy objaw, charakteryzujący całą postać chorobową. Tej to postaci nadał Banti nazwę »anaemia splenomegalica con cirrhosi epatica«, Cavarzani zaś dał jej imię Bantiego. Pierwotne zajęcie śledziony jest według Bantiego charakterystyczne dla choroby, a przypuszczalny zarazek ma izolowaną siedzibę właśnie w śledzionie, w niej też występuje rozrost tkanki łącznej i zanik ciałek Malpighiego, czyli obraz fibroadenii, jak nazwał Banti. Alkoholizm, przymiot, lub zimnica nie odgrywają żadnej roli w tej postaci chorobowej (Banti). W obec takiego poglądu na istotę rzeczy radzi Banti śledzionę usuwać drogą operacyi. Skutkiem pierwotnego zajęcia śledziony rozwija się niedokrwistość, i ten pierwszy okres trwa od 3—11 lat (anaemia splenomegalica). Dalej następuje okres przejściowy (kilka miesięcy), cechujący się obniżeniem wydzielania moczu, pojawieniem się w moczu urobiliny, wielkiej ilości moczanów i czasami śladami barwików żółciowych. Ostatni, trzeci okres charakteryzuje się marskością wątroby i puchliną brzuszną (anaemia splenomegalica cum cirrhosi hepatis), trwa nie więcej, niż rok. Przejściowego okresu zresztą może wcale nie być. Według Bantiego choroba jego imienia może być rozpoznana w okresie ostatnim. Wielu jednak autorów uznawało za możebne rozpoznać chorobę Bantiego we wcześniejszym okresie (Lang, Kozłowski i inni). Senator rozszerza ramy postaci chorobowej, opisanej przez Bantiego, i zalicza do niej przypadki niedokrwistości śledzionowej z mało wyraźną marskością wątroby, ale z puchliną brzuszną (która nie jest jednak objawem puchliny ogólnej), a również takie przypadki marskości wątroby, które wyróżniają się czemkolwiek od typowego obrazu, czyto ogromną śledzioną lub silną niedokrwistością, czyto skłonnością, niezrozumiałą w danym razie, do krwotoków z nosa, żołądka, jelit i t. d. Nadto Senator uważa za stały i ważny objaw leukopenię. Gruzdiew sądzi, że schemat Senatora jest zanadto szeroki, przez co do choroby Bantiego mogą być zaliczone i opilcza marskość wątroby i zimnicze powiększenie śledziony i jakkolwiek uważa schemat Bantiego za ciasny, jednak zaleca trzymać się ściślej tego schematu.

Przeciwnicy Bantiego, Albu i Bleichröder, pierwotne cierpienie upatrują w wątrobie, nie zaś w śledzionie. Chiari i Marchand na mocy danych histologicznych przyjmują kiłowy charakter choroby. Gilbert i Lereboullet wcale nie uznają nowej postaci chorobowej. Z drugiej zaś strony znane dobrze zakażenie, np. zimnica, może dać zbiór objawów »anaemiae splenomegalicae cum cirrhosi hepatis« (Borowskij).

Według Strukowa typ choroby Bantiego, czyli Banti-Griesingera charakteryzuje się splenomegalią i fibroadenią, zaś typ Gaucheta odznacza się zajęciem całego narządu limfokrwiotwórczego, zabarwieniem skóry i objawami hemolizy w śledzionie (barwik krwi). Ale oba typy nie zawsze dają się ściśle odgraniczyć jeden od drugiego. Dalej pokrewnemi typowi Bantiego postaciami chorobowemi są: niedokrwistość śledzionowa dziecięca (anaemia splenica infantum), białaczka i białaczka rzekoma, niedokrwistość złośliwa, żółtaczka hemolityczna acholuryczna (Worobjew).

Należy zaznaczyć, że Pianese (1905) we Włoszech w niektórych przypadkach niedokrwistości śledzionowej dziecięcej znajdywał pasorzyta typu Kala-azar, podobnego do Leishmania Donovani. Również Prof. Nikiforow (1910) przedstawił patologiczno-anatomiczny obraz niedokrwistości śledzionowej dziecięcej na gruncie trypanosomiazy (typu Kalaazar). Pasorzyty, znajdujące się przeważnie w szpiku kostnym, były podobne do pasorzytów »Pendijskiej jazwy« (chora 6-letnia dziewczynka z Taszkentu). Prelegent jest tego zdania, że w większości przypadków niedokrwistości śledzionowej dziecięcej zaburzenia w przewodzie pokarmowym są przyczyną choroby, w innych zaś razach etyologia pozostaje nieznaną.

Przedstawiona przez prelegenta chora, już 18 miesięcy temu poddała się operacyi wycięcia śledziony z powodu objawów choroby Bantiego. Jest to 55-letnia zamężna kobieta, nie obarczona żadną dziedzicznością. Przebyła 6 porodów, w tej liczbie 1 poronienie. Ostatnia ciąża 13 lat temu. Miesiączkowanie zaczęła w 19 roku życia, skończyła w 52. Żadnych chorób nie przebywała. Mąż pijak, bił ją niemiłosiernie, czem i gdzie się trafiło. Po tych obiciach często miewała krwawienia z nosa i uszu. Początek swojej choroby liczy 11 lat temu i stawia w związku właśnie z biciem. Opowiada, iż po jednem takiem obiciu zemdlała i miała wtedy, jak jej później opowiadano, ogromnie wzdęty brzuch, który opadł, gdy przyszła do przytomności. Po tym wypadku straciła zdolność do pracy, cierpiała na bóle w plecach i piersiach. Schudła. Wyjechała na wieś, gdzie mieszkała przez $3^1/_2$ lata. W tym okresie czasu brzękły jej nogi i raz miała obfity krwotok ze sromu. Wtedy też, a więc temu lat 7, spostrzegła guz w podżebrzu lewem. Po powrocie do męża znowu była bitą. Po jednym takim wypadku zjawiła się krwawa biegunka i wymioty. 3 tygodnie była w szpitalu, gdzie zwrócono uwagę na guz w lewem podżebrzu. Ostatniemi czasy cierpi chora na duszność, bicie serca i krwotoki z nosa. 28 grudnia 1909 zjawiły się silne bóle w brzuchu i wzdęcie, co trwało 2 tygodnie (w szpitalu). 14 stycznia 1910 r. została chora przewieziona do kliniki.

Chora ma wejrzenie bardzo wycieńczonej, blada, ciałek czerw. 2,700.000, Hb. $50^0/_0$. Na plecach i wzdłuż kręgosłupa zabarwienie skóry. Gruczoły chłonne wymacalne na szyi, pod pachami, pachwinowe i lewe łokciowe — wszystkie drobne. Śledziona ogromna, przedni brzeg jej dochodzi do pępka, dolny do górnego przedniego kolca biodrowego, górny do 7 żebra. Szmery tarcia otrzewnej na śledzionie. Wątroba wymacalna. Granica serca trochę rozszerzona na lewo. Skurczowy szmer w koniuszku serca. Pierwszy tydzień była krwawa biegunka (do 6 razy na dobę) z bólami w brzuchu, ciepłota dochodziła do $39{\cdot}5^0$. W tym czasie ciałek białych we krwi było 8141, w dalszym zaś ciągu między 5904—3565. Poikilocytoza, anizocytoza, polichromatofilia, ciałka Bizzozera i niewiele erytroblastów. Wielojądrzastych $60^0/_0$, limfocytów $36^0/_0$, eozynochłonnych $4^0/_0$. Próba Pirqueta i odczyn Wassermanna dały wyniki ujemne. Stosowano wstrzykiwania kakodylanu sodu i krew odwłókniona. W ciągu $9^1/_2$ tygodni pobytu w klinice przybyło chorej 7·2 kg, skład zaś krwi został ten sam. 22 marca 1910 wyłuszczono śledzionę. Sledziona 2241·5 gr., wymiary: 28, 17 i 8·5 cm. W tydzień po operacyi spostrzeżono we krwi ogromną ilość erytroblastów (wskutek bujania szpiku kostnego). Po operacyi stan cho-

rej zaczął się szybko poprawiać i tylko od czasu do czasu skarżyła się na bóle w rozmaitych częściach ciała, a szczególnie w kościach kończyn dolnych, mianowicie w goleniach (irritatio e hyperplasia medullae osseae). Liczba krwinek białych zaczęła po pewnym czasie wzrastać i kilka badań następnych stwierdziło niezaprzeczoną hyperleukocytozę od 50000 do 80000 z górą. Ostatnie badanie 18 miesięcy po operacyi wykazało krwinek białych 81440, czerwonych zaś 3100000, Hb. 78%. W śledzionie znaleziono rozrost tkanki łącznej (zgrubienie torebki i beleczek), zanik ciałek Malpighiego. Siateczka podstawna miazgi zgrubiała. Miejscami wybroczyny krwi, miejscami ziarnka żółtego barwika. Zapalenia żyły śledzionowej (endophlebitis) nie znaleziono.

Ten przypadek i opisany przez prelegenta w r. 1907 w »Przegl. lek.« — obydwa mają jako czynnik etyologiczny uraz (w pierwszym przypadku upadek z wozu, uderzenie lewego boku i utrata przytomności, w drugim — bicie ciągłe, i raz — po uderzeniach w brzuch — nieprzytomność). W piśmiennictwie ogłoszono 6 przypadków (5 przytoczonych u Strukowa i Momma), gdzie w rozwoju choroby uraz odegrał rolę. Mallory na drodze doświadczalnej dowiódł, iż uraz śledziony może uczynić z niej ognisko toksyn; ściskając i masując śledzionę u świnek morskich wywołał on w wątrobie ogniska martwicze wskutek zatorów wyciśniętymi ze śledziony fagocytami.

Co się tyczy leczenia, to najdoszczętniejszem jest operacya; według najnowszej statystyki Johnstona i Torrencea wycięcie śledziony daje tylko 18% śmiertelności. Śmierć następuje wskutek wstrząsu lub utraty krwi, albo ogólnego zapalenia otrzewnej. Dołączenie do wycięcia śledziony operacyi Talmy jest zbyteczne. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Uliński zapytuje prelegenta, czy była u chorej żółtaczka i czy w danym przypadku były znalezione zarazki, o których mówca wspominał. — Prelegent: Zarazków szukano, lecz nie znaleziono. Polepszenie stanu nastąpiło wobec usunięcia ogniska zatruwającego ustrój; toż samo bywa przy zimnicy, dopóki śledziona działa obronnie; stan ogólny chorego jest zadowalniający, w przeciwnym razie następuje zatrucie. — Dr Ostrowski zapytuje, czy są jakie dane co do krzywicy i czy chora długo leżała w klinice. — Prelegent: 3 miesiące do operacyi. — Dr Ostrowski zapytuje, czy wykonano badania krwi i jak często, ponieważ mówcę zajmuje leukopenia. Co do zarazka, o którym wspomina prelegent, to o nim wspominają przeważnie anatomowie włoscy. — Prelegent jest tego zdania, że przedstawiony obraz drobnowidowy krwi cechuje białaczkę. — Prof. Ziemacki: Co do rokowania w danym razie, to mówca przypuszcza, że stan będzie się pogarszać, bo z czasem szpik kostny przestanie być krwiotwórczym i wtedy rokowanie staje się złe. — Prelegent daje objaśnienia co do przedstawionych preparatów drobnowidowych.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za pouczający odczyt.

II. Dr Zygmunt Biron: **Przyczynek do leczenia marskości zanikowej wątroby.** Prelegent przytoczył 5 przypadków, w których stosował winian potasowy, środek oddawna znany. Z tych 5 przypadków tylko w jednym otrzymał wyniki dodatnie, zaś w innych do pewnego stopnia było polepszenie, lecz chorzy szybko usuwali się z pod obserwacyi. Prelegent zaznacza, iż winian potasowy odznacza się głównie działaniem moczopędnem, wobec czego znikała puchlina brzucha.

Dyskusya: Dr Zofia Sadowska zaznacza, iż przy zmianach na tle zwyrodnienia nerek lub na tle zmian w sercu środek ten, jak również wszystkie inne, nie da wyników dodatnich. — Prelegent jest zdania, że przeciwwskazań nie ma, lecz z góry zawyrokować, czy winian potasowy da odpowiednie skutki, trudno. Badania prelegenta tyczą się przypadków, w których działały przyczyny mechaniczne, pomimo to mówca przypuszcza, że i przy zapaleniu nerek również można otrzymać dobre wyniki. — Prelegent twierdzi, że i w takich razach spostrzegał działanie moczopędne, ilość zaś białka nie zwiększała się; w takich razach podawał około 8 gr. winianu potasowego na dzień; Sassaki podaje do 20 gr. dziennie — Prof. Ziemacki: Winianu potasu używano jeszcze w 17. wieku. Trzeba być wogóle ostrożnym przy podawaniu tego środka chorym ze względu na serce, wobec czego środka tego »à la longue« używać nie można, należy go stosować okresowo. — Dr Sadowska zapytuje, jak długo można podawać ten środek. — Prelegent: Od 3—4 tygodni bez działania ubocznego. — Prof. Zaleski sądzi, że dawka około 8 gr. dziennie jest dawką wielką. — Prelegent zaznacza, że miał przypadki ciężkie, a jednak ubocznego działania na serce nie zauważył. — Dr Wilamowski zapytuje, czy wykonano badania krwi. — Prelegent odpowiada twierdząco; u jednego chorego był stan białaczkowy.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Podano do wiadomości, że Prof. Napoleon Cybulski przysłał »Związkowi« swą pracę p. t.: »Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych oraz ich źródło«. 2) Prezes Prof. Czeczott podaje do wiadomości, iż redakcya tygodnika »Nowoje w medicinie« zwróciła się do »Związku« z prośbą o przysyłanie zawiadomień o posiedzeniach »Związku«. Uchwalono zawiadomienia te posyłać. 3) Dr Sadowska podaje do wiadomości, że za jej pośrednictwem można nabywać dzieła Dra Alfreda Sokołowskiego za pół ceny. 4) Towarzystwo »Ochranienja Narodnago Zdrawja« zwróciło się do »Związku« z prośbą o wydelegowanie przedstawiciela »Związku« na posiedzenia w sprawie pomocy ludności dotkniętej głodem. Proszono Prof. Zaleskiego, by był przedstawicielem »Związku«. 5) Podano do wiadomości, iż Zarząd Towarzystwa ruskich lekarzy im. Pirogowa zwrócił się do »Związku« z prośbą o udział w sprawie budowy domu im. Pirogowa. Przyjęto do wiadomości.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Korespondencya.

Rzym 16. IV. 1912.

W tym roku dużo czasu zabiorą różne Zjazdy gruźlicze, które obecnieześrodkowały się w Rzymie. Nie można jednak powiedzieć, ażeby to, co się w Rzymie na Zjeździe posłyszy i wypowie, było najciekawsze lub najwięcej pouczające. Za dużo odczytów, za mało czasu ma każdy, za wiele drobnych komunikatów, i gdyby nie referaty, które bardzo dobrze podzielono i którym czas przedpołudniowy się poświęca, Zjazd nie byłby interesujący i mało byłby korzystny. Do tej sprawy wrócimy osobno; chciałbym przedewszystkiem podać przebieg części najbardziej zajmującej, jaką bywa podróż informacyjna przed Zjazdem i Konferencyą, odbyta po Szwajcaryi. Szkoda, że nie zorganizowaliśmy do tej podróży własnego kółka Polaków, korzyść bowiem byłaby niezaprzeczoną.

Podróż cała była znakomicie zorganizowana, co zawdzięczać należy przedewszystkiem Dr. Schmidtowi, dyrektorowi Związkowego centralnego Urzędu sanitarnego. Zebrało się 36 uczestników z całej Europy.

Spotkanie nastąpiło w Zurychu i tam obejrzeliśmy przedewszystkiem bardzo celowo urządzone sanatoryum popularne i przychodnię (dispensaire). Prócz tego obejrzeliśmy szkołę. Gruźlica nie wiele może mieć tu do czynienia wobec doskonałego urządzenia szkół: 35 uczniów najwyżej w klasie, dostarczanie posiłku wszystkim dzieciom, nie mającym opieki w domu. Odbywa się to w różnych miastach w całej Szwajcaryi (szczególnie części niemieckiej). Dzieci dostają posiłek 3 razy dziennie.

Po zwiedzeniu Zurychu wyjechaliśmy do Davos. Pogoda nie dopisywała nam z początku, śnieg i zimno szczególnie dały się we znaki. Davos zupełnie w śniegu i na ulicach gruba warstwa lodu. Jest to całe miasto, w którem za dużo ruchu wielkomiej-

skiego i różnych ubocznych wielkomiejskich wpływów, pod działaniem próżniactwa mocno się uwydatniających.

Rodak z Poznańskiego p. Rzewuski pokazuje wieczorem cały szereg prześlicznych autochromów z okolic Davos. Obrazy w naturalnych barwach przy dobrem oświetleniu przepysznie ukazują bogactwo barw alpejskiego krajobrazu.

Oglądanie sanatoryów zabiera w Davos 2 dni. Przewodniczy Dr Semadeni. Sanatoryum w Schatzalp Dra L. Spenglera, brata Karola, znanego badacza, okazuje się w całym swoim komforcie przy cenach około 12—20 fr. z utrzymaniem i leczeniem. Prócz tego kilka innych, niemniej dobrze urządzonych, częściowo tańszych: sanatoryum Turbana, Jessena i in. Prof. Jessen pokazuje ciekawe wyniki leczenia zapomocą sztucznej odmy piersiowej. Dalej oglądamy wzorową mleczarnię, doskonale prowadzoną i kontrolowaną zapomocą najnowszych metod.

W laboratoryum Karola Spenglera,—który sam nie prowadzi sanatoryum, — p. Fuchs, córka znanego okulisty Prof. Wolfringa z Warszawy, okazuje ciekawe sposoby precypitacyi u zdrowych i chorych (precypitacya całej krwi z różnemi tuberkulinami). Sposób bardzo ciekawy i mogący dać poważne wyniki przy dalszem opracowaniu. P. Fuchs obiecuje pokazać swe prace w Krakowie.

Oglądamy również doskonale prowadzone sanatorya ludowe niemieckie i angielskie. Cena dzienna 3—5 fr. od osoby.

W Bernie widzimy bardzo ładne urządzenia zdrowotne, które swe powstanie zawdzięczają niestrudzonemu Dr. Schmidtowi. Kantony posiadają obecnie dzięki temu dużo sanatoryów popularnych ze znaczną liczbą łóżek.

Przytaczamy cyfry:

Berno sanatoryum na	140 łóżek, powstało w r.	1894
Zurych	130	1899
Waadt	120	1895
Bazylea	110	1895
S. Gallen	80	1910
Solothurn	80	1910
Genewa	60	1903
Glarus	50	1897
Neuenburg	40	1900

Prof. Kolle okazuje nam swój instytut higieny i chorób zakaźnych. Oglądamy szkołę dla dziewcząt w Montbijon z dobrze prowadzoną nauką gospodarstwa domowego, oraz dyspensatoryum, prowadzone przez Towarzystwo przeciwgruźlicze.

Popołudniu w d. 6 kwietnia przepędzamy 2 godziny w drodze do Lozanny w cudownie położonym Grand hotelu w Montreux. Widok Alp i jeziora przy zachodzącem słońcu niezapomniany. Przez Territet jedziemy do Leysin, 1500 metr. nad poziomem morza. I znów jedziemy w śniegach, ale ciepłe słońce wiosenne parzy prawie i nie pozwala odczuwać zimna.

Leysin, to wspaniała stacya zimowa dla leczenia słońcem. Wyniki działania tego leczenia na gruźlicę miejscową mogliśmy podziwiać w klinice Dra Rolliera, młodego, ale bardzo już znanego na tem polu badacza. Jest to nowe pole do badań teoretycznych i praktycznych. Wyniki metody są istotnie ciekawe i co do sposobu stosowania i co do istoty działania. Ludzie z kilkunastoma przetokami na całem ciele, przy ciężkich objawach choroby Potta, po kilku, kilkunastu miesiącach (leczenie po parę godzin w słońcu, działanie na gołe ciało bez okrycia, nawet w zimie) — przychodzą do pełni zdrowia. Spotkałem tu syna kol. Hammerschlaga, który skazany na odjęcie kończyny, tutaj odzyskał zdrowie i ruchy stopy prawie w zupełności. Wogóle należałoby pomyśleć, czy i u nas nie da się w ten sposób wyzyskać tatrzańskiego słońca.

Zwiedziliśmy jeszcze jedno, świeżo rozwijające się, wysoko położone sanatoryum w Siders — a raczej szereg sanataryów tam położonych o bardzo obiecującej przyszłości.

Jest to ruch, który należałoby poprzeć u nas. Tatry i Karpaty niewątpliwie przedstawiają doskonały teren, gdzie znajdziemy wszystko, czego do takiego leczenia potrzeba. Przecież nie brak nam ludzi, ani położenia. Tylko przedsiębiorczości więcej i wytrwałej pracy!

Do Rzymu, po pożegnaniu gościnnych gospodarzy szwajcarskich, przybyliśmy 10 kwietnia na rozpoczynającą się coroczną Konferencyę przeciwgruźliczą. Tutaj znowu szereg odczytów z różnych tematów, jako podstawa do blizkiego Zjazdu i sam Zjazd rozpoczęty w dniu 14 kwietnia uroczystem otwarciem wobec obojga Królestwa. Tutaj już czytamy w liście członków kilka nazwisk polskich, m. i. Prof. Kostaneckiego i inspektora sanitar. Dra Kuhna. Ministerstwo oświaty i spraw wewnętrznych powierzyły przedstawicielstwo Prof. Weichselbaumowi i Bujwidowi.

Zjazd podzielił się na 4 sekcye: społeczną, wewnętrzną, chirurgiczną i teoretyczną. Z Polaków w szeregu referatów zapowiedzianych nie widzimy nikogo prócz niżej podpisanego. (Referat, wydrukowany w streszczeniu, o czynnikach społecznych współdziałających przy wytwarzaniu się gruźlicy).

Wogóle Zjazd dość ruchliwy i nieźle zorganizowany, niema tylko zorganizowanego zwiedzania urządzeń zdrowotnych.

Z tematów poruszonych godne uwagi są: sprawa gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, przedstawiona przez Kossela, Calmetta, komisyę angielską i in., oraz sprawa leczenia gruźlicy zapomocą tuberkuliny i leczenia zapomocą słońca. Sprawy te wymagają osobnego omówienia.

Bujwid.

Hołd dla Profesora Baranowskiego.

Towarzystwo naukowe warszawskie postanowiło Profesorowi Baranowskiemu, jako głównemu swemu założycielowi, który w początkach istnienia Towarzystwa nawet swe prywatne mieszkanie odstąpił mu na pomieszczenie i hojnie je z własnych funduszów popierał, — wyrazić wdzięczność i hołd przy sposobności nadchodzącej pięćdziesiątej rocznicy rozpoczęcia dydaktycznej Jego pracy. Równocześnie powstała samodzielnie w Krakowie, w Poznaniu i we Lwowie myśl uczczenia tej rocznicy; gdy o tych zamiarach wzajemnie się dowiedziano, postanowiono ten hołd powszechny złożyć Profesorowi Baranowskiemu ile możności równocześnie.

Towarzystwo naukowe warszawskie wyznaczyło na swe domowe niejako święto dzień 21 kwietnia b. r. W tym dniu w gmachu Towarzystwa zebrali się członkowie Towarzystwa; przybyli także jako przedstawiciele Uniwersytetu Jagiellońskiego Prof. Dr Ciechanowski i Prof. Dr Kutrzeba.

Protektor Towarzystwa, Józef hr. Potocki, przemówił do do Dostojnego Jubilata w podniosłych słowach i wręczył mu medal wybity na Jego cześć przez Towarzystwo naukowe warszawskie. Następnie odczytano adres, wystosowany do Jubilata przez Akademię Umiejętności w Krakowie w następującem brzmieniu:

»Czcigodny Panie! Warszawa obchodzi Twój pięćdziesięcioletni jubileusz. Jubileusz pracy wszechstronnej, przedmiotowej, tak wydatnej w znakomite dla kraju naszego i społeczeństwa rezultaty. Trudno je wyliczać, z obawy, żeby wielu nie pominąć, innych, żeby nie docenić.

Hasłem Twego życia była troska o każdy objaw dodatni, który trzeba było pielęgnować, o każdą myśl, która dla rozwoju intelektualnego lub ekonomicznego polskiej ojczyzny rzetelną miała wartość. Nie zamykałeś się w ciasnem kółku pojęć i granic lokalnych. Gdziekolwiek trochę dłużej przebywałeś, tworzyłeś punkt środkowy dla wyczerpującej i życzliwej wymiany poglądów, dla budowania planów na długą metę obliczonej poważnej działalności. I dzisiaj jeszcze po długim okresie ciężkiej i bezinteresownej pracy nie przestajesz dążyć po tej drodze.

Krakowska Akademia Umiejętności przesyła Ci Dostojny Panie wyrazy najgorętszego uznania i życzenie, ażebyś wiernym swemu posłannictwu jak najdłużej przewodniczył młodszym i był stróżem tej tradycyi, która, dzięki w znacznej części i Tobie, w społeczeństwie naszem dotąd nie wymarła i powinna bez przerwy w niezmienionej treści następnym pokoleniom przyświecać«.

Adres ten podpisali imieniem Akademii prezes JE. St. Tarnowski i sekretarz generalny B. Ulanowski.

Uniwersytet Jagielloński, którego Profesor Baranowski jest honorowym doktorem od lat dwunastu, nadesłał adres, kunsztownie przez Drukarnię Uniwersytecką krakowską wykonany na pergaminie, a podpisany przez Rektora, Senat i wszystkich profesorów i docentów wszystkich czterech Wydziałów Wszechnicy krakowskiej. Piękny tekst tego adresu (wydrukowany w Nrze 16 »Przeglądu lekarskiego«) odczytał delegat Uniwersytetu, prof. Ciechanowski.

Z kolei odczytał sekretarz stały Towarzystwa naukowego, p. Fr. Pułaski, następujące adresy:

Od Uniwersytetu lwowskiego:

»Czcigodny Panie! Obowiązkiem i radością społeczeństwa jest oddawanie czci mężom wybitnym i zasłużonym dla Narodu —

obowiązkiem, gdyż należy im się wdzięczność za przewodnictwo w dążeniach społeczności do rozwoju i postępu, radością zaś i dumą, gdyż stanowią oni wykładnik kultury i ducha Narodu, najpiękniejszy przejaw jego rzetelnej wartości.

W przeszło półwiekowej Swej działalności złożyłeś Czcigodny Panie wszystkie skarby Swego wielkiego umysłu i serca na ołtarzu wspólnego naszego dobra, a w ciężkich chwilach naszego narodowego życia byłeś jednym z tych filarów, na których opierał się duch Narodu, dążąc od podstaw do swego odrodzenia.

Jako lekarz, pełen gorącego umiłowania Swego zawodu, niosłeś pomoc i ulgę tysiącom chorych i cierpiących, oddając im nietylką Swą ogromną wiedzę i doświadczenie, lecz również całą tkliwość i dobroć serca, tak niezbędne w spełnianiu posłannictwa prawdziwego lekarza.

Jako profesor i kierownik młodzieży lekarskiej wychowałeś szereg dzielnych i owianych Twym duchem adeptów medycyny. W okresie najgwałtowniejszych przewrotów w naukach lekarskich i przyrodniczych umiałeś pomimo najniekorzystniejszych warunków pracy przeszczepić bujną wiedzę zachodu na nasz wyjałowiony grunt, wybierając z powodzi teoryi i hipotez naukowych z niezwykłą przenikliwością umysłu istotne prawdy i zdobycze, stworzyłeś też prawdziwą własną szkołę lekarską, która z żywem odczuwaniem wszelkich najnowszych prądów w nauce łączyła zebrane pracą poprzednich pokoleń prawdy i doświadczenia. Żywem słowem w wykładach Swych w Szkole głównej i w Uniwersytecie warszawskim, na posiedzeniach zjazdów i towarzystw lekarskich, drukiem zaś w cennych Swych pracach naukowych, dzieliłeś się z ogółem swą wiedzą, budowałeś od fundamentów gmach polskiej nauki lekarskiej.

Party przemożnym rozkazem Swego wielkiego umysłu i serca wyszedłeś jednak daleko poza zakres ściślejszej Swej pracy zawodowej i w szerokiem działaniu na niwie społecznej położyłeś niespożyte zasługi, rozumiejąc dobrze i wszędzie głosząc tę prawdę, że w obecnych stosunkach naszego narodowego bytu na tej drodze możemy najlepiej utrzymać naszą żywotność i przygotować podstawy do lepszej przyszłości. Nie było też żadnej pięknej i rozumnej akcyi, w którejbyś Ty nie brał udziału, wnosząc Swój rozum, pracę i zapał, a nie szczędząc też materyalnego poparcia dla celów publicznych, wiele zaś najpiękniejszych zrzeszeń i instytucyi Tobie jedynie zawdzięcza swe powstanie i istnienie. Przyczyniłeś się też niezmiernie na tej drodze do podniesienia nauki polskiej i pielęgnowania mowy ojczystej, do ulżenia licznym nędzom i chorobom społecznym, wogóle zaś do pogłębienia w społeczeństwie wiary we własne siły i do poznania wartości wspólnej zbiorowej pracy dla kultury i powszechnego dobra.

Więc za to wszystko należy Ci się Czcigodny Panie hołd i cześć od całego społeczeństwa.

Uniwersytet zaś Lwowski, jako jedna z tych instytucyi, których zadaniem jest śledzić i pielęgnować kulturę narodową, stanąć musi przedewszystkiem w szeregu tych, którzy dziś cześć Ci składają, rozumie on bowiem i najlepiej może ocenić znaczenie Twej działalności dla naszego życia kulturalnego. W uznaniu zaś tych wszystkich zasług naukowych i obywatelskich obdarza Cię, Czcigodny Panie, Uniwersytet Lwowski najwyższym zaszczytem, jakim rozporządza, mianując Cię przy sposobności uroczystego obchodu swego ćwierćtysięcznego istnienia swym doktorem honorowym. Nominacya ta, zatwierdzona Najwyższem postanowieniem Cesarza Franciszka Józefa I. z 28 lutego 1912, ogłoszona zostanie urzędownie w dniu jubileuszu Uniwersytetu Lwowskiego«.

Adres od Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, podpisany przez prezesa biskupa Likowskiego, wiceprezesa Dr H. Święcickiego, redaktora Prof. Dr St. Karwowskiego i i.:

»Czcigodny Jubilacie! Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu, które chlubi się, że Cię do swego zalicza grona, z hołdem do Ciebie przychodzi.

Od pół wieku z czcią i podziwem patrzymy na Twoją działalność naukową i społeczną. Z bogatego w owoce życia Twego bije moc wielka i miłość wielka. Wychowałeś liczne zastępy lekarzy, wtajemniczałeś ich w skarby wiedzy, uczyłeś ich kochać sumienność, surowość dla siebie, pobłażliwość dla innych. Potrzeby kraju sercem i głową odczuwasz, wrześbiarz je w umysły drugich, w cichości dłonią hojną je zasilasz. Bezustannie kładziesz kamienie węgielne pod gmach przyszłości. Wierzysz i przekonywasz, że niema wysiłków bezskutecznych. Sięgasz do najskrytszych tajników duszy zbiorowej, aby wydobywać z niej nowe światła i nowe siły. Nie tracisz z oka wyższych celów. Energię społeczną zużywać każesz na pracę kulturalną. Rozpalasz pochodnię oświaty w kraju. Ofiarną pracą i poświęceniem wzorem jesteś dla wszystkich.

Dawniej o lekarzach zasłużonych mawiano, że mają coś z Wileńskich czasów. Dzisiaj o tych, którzy Twoim pójdą śladem, mówić będziemy, że mają coś z Lubliniaka, bo piękna ziemia Lubelska szczyci się, że z niej wywodzisz pochodzenie swoje.

W uczuciu czci głębokiej dla Ciebie łączymy się z najszerszemi kołami polskiego świata naukowego.

Adres od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, podpisany przez prezesa Dr Janiszewskiego i sekretarza stałego, Dr Damskiego:

»Czcigodny Panie! Kiedy przed laty pięćdziesięciu zabłysła na horyzoncie nauki polskiej świetna gwiazda Szkoły głównej warszawskiej, rozpocząłeś i Ty działalność swoją nauczycielską w dziale umiejętności lekarskich. Odtąd przez pół wieku rozdawałeś skarby swej wiedzy i doświadczenia z hojnością królewską, uczyłeś i przodowałeś wszędzie, ciągle, niezmordowanie.

W cały szereg pokoleń lekarskich tchnąłeś jasny płomień zapału i powiodłeś je do zwycięskiej walki ze spiętrzonemi przed polską twórczością naukową przeszkodami.

A jako obywatel, gdzie szło o rzecz, mającą dla przyszłości narodu wydać owoce, gdzie trzeba było mądrej rady, pomocnej, a ofiarnej ręki, gdzie był do spełnienia doniosły czyn, tam Ty byłeś zawsze. Każdej sprawie dobrej przynosiłeś w ofierze swe gorące uczucie, wysoki hart ducha, wytrwałą wolę, umiejętność czynu, stopione w jeden szlachetny kruszec miłością Ojczyzny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie, szczycące się tem, że raczysz należeć do jego grona, jako członek honorowy, chyli się w hołdzie czci przed Twoją wielką duszą i wielką zasługą«.

Adres od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, podpisany przez prezesa Dr Skałkowskiego i sekretarza stałego Dr Hornowskiego:

»Czcigodny Panie Profesorze! Towarzystwo lekarskie lwowskie, przyłączając się do wyrazów czci i uznania, które w dniu Jego jubileuszu składa Mu cały świat lekarski polski, przesyła swemu honorowemu członkowi wyrazy głębokiego szacunku i serdeczne życzenia: ad multos annos!«

Mimo, że o dniu hołdu dla Prof. Baranowskiego nie rozsyłano nikomu zawiadomień, nadeszły liczne telegramy i pisma z życzeniami, między innymi od Towarzystwa historycznego ze Lwowa, Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« i »Nowin lekarskich«, prof. Browicza i Kostaneckiego z Krakowa, prof. Gluzińskiego ze Lwowa, Dr Dzierżgowskiego z Petersburga, Dr Święcickiego z Poznania, Dr Lotha z Heidelbergu, Dr Biegańskiego z Częstochowy, posła Parczewskiego, Prof. Dicksteina, i w. i.

Oprócz »Przeglądu lekarskiego« pomieścił »Tygodnik lekarski« portret i życiorys Dostojnego Jubilata.

Przyjmując ten powszechny wyraz hołdu i czci z głębokiem wzruszeniem, Dostojny Jubilat odpowiedział, jak się wyraził »spowiedzią ze swego życia«; wskrzeszając ze swych wspomnień pierwsze zebranie profesorów Szkoły głównej i pierwszą do nich przemowę rektora Mianowskiego, wskazał na ducha, który tę Szkołę ożywiał, jako ostoja po strasznych katastrofach narodowych, jako źródło, z którego płynęła pobudka do działania i pracy, by wyratować ze zgliszcz, co jeszcze ocalić się dało, rozpocząć odbudowę mozolną, powolniejszą, ale trwalszą; przypisując obchód dzisiejszy nie swym własnym zasługom, lecz chęci uczczenia rocznicy Szkoły głównej i wyrażenia uznania dla Towarzystwa naukowego, podniósł Dostojny Jubilat znaczenie pracy naukowej, jako dźwigni ku lepszej przyszłości i dowodu, sprawdzającego w odniesieniu do nas zdanie: »e pur si muove.«

Protektor Towarzystwa w zakończeniu podkreślił, że hołd wszystkich polskich instytucyi naukowych miał wyłącznie Dostojnego Jubilata na celu, a sędziwy prezes Towarzystwa naukowego, znakomity historyk Aleksander Jabłonowski dziękował jeszcze Jubilatowi za krzepienie innych i podtrzymanie wielu, którzy w ciężkich dla społeczeństwa chwilach blizcy byli zwątpienia.

Obchód niezwykłą swą powagą, podniosłością i znaczeniem wyrył się głęboko w pamięci uczestników. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 24. IV. 1912 posiedzenie, na którem odbyły się zapowiedziane wykłady z zakresu balneologii.

— Rada miejska powzięła w dn. 22. IV. 1912 ważną uchwałę, mianowicie postanowiła przystąpić do budowy zakładów sanitarnych: domu dezynfekcyjnego, domu izolacyjnego, dwu pawilonów epidemicznych i pracowni bakteryologicznej. Zakłady te staną na 5-morgowym terenie w zewnętrznej części miasta pod Prądnikiem Białym kosztem 850000 koron, a budżet miasta obciążony będzie z tego powodu rocznym wydatkiem około 40.000 koron. Zarazem uchwaliła Rada ofiarować Wydziałowi krajowemu grunt w sąsiedztwie pod budowę szpitala zakaźnego na 200 łóżek.

Uchwała Rady, zaspokajając jedną z najważniejszych potrzeb sanitarnych miasta, zasługuje na tem większe uznanie, że sprawa ta była utrudniona przez pewną kontragitacyę i że budowa zakładów sanitarnych wymaga od niezasobnego miasta znacznej ofiary finansowej. Należy mieć nadzieję, że Wydział krajowy i Sejm, oceniając ofiarność gminy, ze swej strony spełnią swój obowiązek przez rychłą budowę szpitala zakaźnego.

Na temsamem posiedzeniu uchwaliła Rada rozszerzenie wodociągu kosztem 750.000 kor. i zwiększenie działalności mleczarni miejskiej niedawno założonej, a mającej znaczenie zarówno ekonomiczne, jako regulatorka cen, jak również sanitarne przez zapewnienie ludności uboższej dobrego mleka.

Miejski Urząd zdrowia, a w szczególności naczelny lekarz miasta, Dr Janiszewski, zdobył sobie przez inicyatywę i usilne starania o przeprowadzenie tych spraw trwałą zasługę.

— Do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej wybrani zostali Drowie: Bednarski z Alwerni, Dietzius z Jarosławia, Jabłoński z Rzeszowa, Łowczowski z Wojnicza, Łodziński z Myślenic, Płochocki z NSącza, Zaleski z Sanoka, oraz Ciechanowski, Damski, Schoengut i Stahr (zastępcami Murczyński, Wachtel Z. sen., Weinsberg i Żydłowicz) z Krakowa. Konstytuujące zebranie Izby, które dokona wyboru prezydenta i Wydziału, odbędzie się d. 4 maja b. r.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 1. maja 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładami balneologicznymi. 2) Prof. Majewski: Kilka słów o scotoma heliecliptieum w związku z ostatniem zaćmieniem słońca. 3) Dr Witold Skórczewski: Atofan ze stanowiska klinicznego i jego zachowanie się w ustroju.

Rok LI. Kraków, dnia 4. maja 1912. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rozszerzanie szyjki macicy sposobem Bossiego

podał *)
Dr Adam Czyżewicz.

Sposób rozszerzania ujścia macicy, podany przez Bossiego w r. 1890, wyodrębnia się od innych metod, zdążających do tegosamego celu, jako ściśle określona jednostka samoistna. Istotą rzeczy jest w nim nie narzędzie, lecz sama zasada postępowania, wzorująca się na dawno zarzuconej zasadzie dawnych rozszerzadeł metalowych, lecz tak od nich różna swem udoskonaleniem, że nawet porównana być nie może. Taksamo nie może być łączona w jedną grupę z rozszerzaniem ręcznem ujścia, gdyż takie rozszerzanie tylko wyjątkowo da się szybko przeprowadzić, z balonami, blaszecznicą itd., gdyż te działają przedewszystkiem przez wywoływanie, względnie wzmacnianie czynności porodowej, ani z nacięciami brzegów ujścia lub z cięciem cesarskiem pochwowem, gdyż to są sposoby krwawe. Jest to więc odrębny dział postępowania, stworzony i odrazu wydoskonalony przez Bossiego, który też słusznie zastrzega sobie prawa pierwszeństwa.

Narzędzie pierwotnie podane było trójramienne. Z biegiem czasu zmieniał je Bossi kilkakrotnie, aż wreszcie podał czteroramienne, ogólnie dziś znane, które już długi czas utrzymuje się bez zmiany. Przeróbki, podawane przez rozmaitych autorów (Kaiser, Frommer, Krul, Walcher, Knapp, De Seigneux, Pollak) zdążały do rozłożenia ucisku na większą liczbę punktów przez zwiększanie liczby ramion do ośmiu, do zrobienia narzędzia lżejszem i łatwem do rozłożenia. Choć każda odmiana ma swoich zwolenników, to przecież większość używa oryginału Bossiego, twierdząc z nim razem, że wszelkie poprawki odbiły się niekorzystnie na narzędziu.

Technika postępowania utrzymuje się na ogół w zarysach, nadanych jej przez Bossiego. Wytyczne jej punkta są: wprowadzenie narzędzia pod nadzorem palca lub we wziernikach łyżkowych, w razie potrzeby przy ustaleniu przedniej wargi szyjki kulociągiem. Przy ujściu zamkniętem wprowadza się narzędzie bez nasadek, później dodaje się je; przy ujściu częściowo rozwartem nasadki odrazu są w użyciu. Jeżeli główka jest nizko zepchnięta w miednicy, można ją nieco odepchnąć. Po wprowadzeniu rozkręca się ramiona odrazu aż do wyczucia lekkiego oporu, następnie rozszerza się drobnymi obrotami częściowymi śruby, kontrolując ciągle opór, jaki daje śruba i napięcie ścian szyjki, palcem, wprowadzonym między ramiona, co naturalnie odpada przy narzędziach więcej niż czteroramiennych. Według zlecenia Bossiego, przyjętego dziś powszechnie, rozszerza się wyłącznie podczas przerwy, zwalniając śrubę od czasu do czasu. Jeden tylko Mars zaleca rozszerzanie właśnie podczas bolu dla naśladowania fizyologicznych stosunków. Podczas całego aktu rozszerzania należy pilną zwracać uwagę, aby trzonek narzędzia był obniżony; przez to końce ramion leżą równolegle do osi szyjki, co pozwala na równomierne jej rozszerzanie. Co do stopnia rozszerzenia, przyjęto ogólnie zasadę, że powinno się doprowadzić ujście do średnicy większej niż główka dziecka, licząc na następowe obkurczanie się ujścia. Według zapatrywań rozmaitych autorów wystarcza dla donoszonego dziecka rozszerzenie na 9—12 ctm. Po dojściu do końcowej granicy odkręca się śrubę i wyjmuje narzędzie, poczem w razie, jeżeli poród ma być szybko ukończony, należy zaraz założyć kleszcze, względnie zrobić obrót, gdyż ujście obkurcza się nieco i stwarzać może niespodziane przeszkody. Dlatego wskazane są raczej kleszcze niż obrót, o ile wogóle są one możliwe.

Działanie rozszerzadła jest mechaniczne i dynamiczne. Na plan pierwszy wybija się działanie mechaniczne, jako rozszerzenie szyjki bez jej skracania i stąd po rozszerzeniu czuje się ściany szyjki zwisające jak żagle. Obok tego jednak ma rozszerzadło także działanie dynamiczne, wpływając na bole porodowe, szczególnie, jeżeli poprzednio były one już w toku, mniej przy operacyi podczas ciąży.

Czas trwania rozszerzania waha się rozmaicie, zależnie od zapatrywań rozmaitych autorów. Granicą najniższą jest 4 minuty, najwyższą 390 minut. Średnio biorąc trwa zwykle rozszerzenie 20—30 minut.

Wskazaniem w najszerszem tego słowa znaczeniu są stany groźne dla matki lub dziecka, a wymagające szybkiego rozwiązania. Zapaleni zwolennicy postępowania nie wahają się stosować go już przy niebezpieczeństwie zagrażającem życiu dziecka, przeciwnicy zakreślają mu ciasne ramy kilku wskazań z powodu niebezpieczeństwa, grożącego bezpośrednio życiu matki. Większość zwraca uwagę na matkę, nie ograniczając tu jednak zbytnio wskazań, natomiast wymaga bardzo ścisłych wskazań, jeżeli się ma robić ze względu na dziecko, twierdząc, że sposób Bossiego życia dziecku nie zapewnia, a matkę narazić może na dotkliwe obrażenia.

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Wyliczając szczegółowo wskazania, dochodzi się do następującej listy:

1) Rzucawka porodowa w każdym okresie ciąży lub porodu.

2) Niebezpieczeństwo dla życia matki z powodu rozległej gruźlicy płuc, wady serca niewyrównanej, ostrych chorób gorączkowych itd. przy równoczesnej ciąży.

3) Niedowład macicy wobec istniejącego zakażenia połogowego.

4) Rozkład płodu obumarłego przy niepodatnej szyi macicy.

5) Łożysko przodujące, wywołujące krwotok.

6) Zbliznowacenie szyi macicy.

7) Niebezpieczeństwo dla życia płodu przy niepodatnej szyjce macicy.

Nadto zalecają sposób Bossiego dla rozwiązania w okresie konania i po śmierci. Dwa pierwsze wskazania są ogólnie przyjęte przez wszystkich, którzy wogóle sposobem powyższym się posługują, dwa drugie często bywają podawane w wątpliwość, dwa dalsze u większości wywołują sprzeciw ze względu na łatwe pękanie macicy. Co do ostatniego, to hołduje mu prawie wyłącznie ojczyzna Bossiego, tj. Włochy. W czasie konania lub po śmierci znaczna większość woli rozwiązywać cięciem cesarskiem klasycznem.

Prócz powyższych wskazań ma także rozszerzadło zastosowanie przy wywoływaniu przedwczesnego porodu, gdzie według przepisów Bossiego rozszerza się ujście w ciągu paru godzin, lub też rozszerza tylko do 3—4 ctm. średnicy, aby następnie założyć balon maciczny.

W końcu używają rozszerzadła Bossiego do rozszerzania ujścia dla wydobycia resztek po poronieniu, lub łożyska uwięzniętego.

Warunkiem do zastosowania metody Bossiego jest możliwość dostania się do macicy, więc nie przypadki, gdzie zwężone kości miednicy nie przepuszczą i dwu palców. Stan szyjki i czas ciąży lub porodu nie odgrywają żadnej roli. Zarówno wieloródkę przy końcu I. okresu, jak pierwiastkę w każdym miesiącu ciąży można rozwiązać w krótkim czasie. Wyjątkowo tylko odstępowano od rozszerzania szyjki, najczęściej z powodu pęknięć, a w zamian za to znajduję się w piśmiennictwie opisy przypadków, gdzie musiano przerwać inne sposoby postępowania, n. p. sposób Krausego (Bossi), metreuryzę (Leicester), cesarskie cięcie pochwowe (Marschner) i dokończyć porodu rozszerzadłem Bossiego.

Wyniki postępowania zestawić można tylko z dostatecznie wielkich statystyk. Dla ich wykazania zebrałem z całego piśmiennictwa 1348 przypadków, ogłoszonych przeważnie bardzo szczegółowo, choć tu i ówdzie są w tych opisach pewne braki, nie dozwalające na wszechstronne zużytkowanie przypadków. Statystyka ta wykazuje na 1308 przypadków możliwych do zużytkowania (w 40 nie podano) 145 zmarłych tj. 11·09%. Wśród nich znajduje się zaledwie cztery przypadki (0·30%) śmierci zależnej od sposobu postępowania, z czego dwa (0·15%) przypada na zakażenie połogowe, drugie zaś dwa (0·15%) na skrwawienie z pęknięć szyi. Dodać tu należy, że prawie wszystkie przypadki śmierci stwierdzone są sekcyjnie i że nie uwzględniałem możliwości zakażenia z innej przyczyny, ani pęknięcia szyi, n. p. przy następowem wydobyciu płodu, lecz wszystkie cztery przypadki policzyłem na karb metody Bossiego, choć i tu dyskusya byłaby jeszcze dopuszczalna.

Co do samej rzucawki porodowej obejmuje zestawienie moje 515 przypadków, z czego śmiertelnych 96 = 18·64%.

Daty co do płodów podano tylko w 986 przypadkach. Z tych 600 urodziło się żywo, co czyni 60·86%, martwych było 386 = 39·14%, w czem jednak było martwych przed porodem lub niezdolnych do życia (do 6 miesiąca włącznie) 177 = 17·94%. Na karb więc metody Bossiego, o ile nie uwzględnia się zupełnie, że i inne przyczyny mogły współdziałać, np. ucisk kleszczy, wypadnięcie pępowiny i t. d., przypada w najgorszym razie 209 martwych płodów, co czyni 21·20%. Dodać tu należy, że jako martwe przed porodem uznawano tylko te płody, o których zaznaczył to autor wyraźnie; niepewne określenia dołączano do obciążających sposób Bossiego. Wszystkie powyższe liczby są więc zestawione w sposób najbardziej niekorzystny dla metody Bossiego, ale też tem więcej są warte.

Co do rzucawki porodowej, podano potrzebne daty tylko w 249 przypadkach, obejmujących 254 płodów. Z tych 163, t. j. 64·18% było żywych, 91 zaś t. j. 35·82% martwych. Wśród tych drugich 34 = 13·38% obumarło przed porodem, względnie było niezdolnych do życia, tak, że tylko liczba 57 = 22·44% może być brana na uwagę ze względu na metodę Bossiego.

Wyniki powyższe, wyjęte z zestawienia wspólnego, obejmującego wyniki tak przyjaciół jak i wrogów Bossiego, musi się uznać za bardzo dobre. 0·30% śmiertelności matek, które w najgorszym razie można kłaść na karb sposobu postępowania, jest tak małym odsetkiem, że prawie nie wchodzi w rachubę i zestawienia dotyczące innych metod współzawodniczących nie mogą się poszczycić lepszym wynikiem. W dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej nie można wymagać od żadnej operacyi, żeby była dla życia bezwzględnie pewną. Śmiertelność ogólna 11·09% także zdziwić nie może, jeżeli się zważy, w jak ciężkich warunkach stosuje się metodę Bossiego. Owszem ta nizka liczba świadczyć musi tylko na korzyść tej metody. Tosamo odnosi się do śmiertelności płodów 21·20%. Jak na sposób, który prawie zawsze ma ratować matkę w groźnej chwili, bez względu na płód, można śmiało powyższy wynik nazwać doskonałym.

Jeszcze wymowniejsze są obliczenia śmiertelności, dotyczące samej rzucawki porodowej i warto tu porównać wyniki z innymi sposobami postępowania. Zestawienia takie podali Bossi i Hammerschlag. Są one następujące (na str. 302).

Statystyka moja ustala dla rzucawki porodowej śmiertelność matek na 18·64%, płodów zaś na 22·44%. Gdyby nawet wliczyć wszystkie płody martwe, a więc także te, które obumarły przed porodem i wziąć za podstawę cyfrę 35·82%, to przecież obie te liczby tak dla matek jak i dla płodów są niższe od wszystkich analogicznych powyższej tabelki z wyjątkiem tylko śmiertelności płodów przy zwykłych nacięciach szyi, możliwych tylko po zaniknięciu części pochwowej i śmiertelności matek przy rozszerzaniu szyi płodem, gdzie jednak płód ginie.

	Bossi		Hammerschlag	
	matki	płody	matki	płody
Sposób Bossiego	9·45%	20·97%	13%	44%
Nacięcia szyi Dührssena	21·99%	?	20%	20%
Cięcie cesarskie pochwowe	27·7%	50%	20%	?
Cięcie cesarskie klasyczne	56·9%	37·5%	—	—
Rozszerz. ręczne Bonnairea	27·07%	41·97%	—	—
Rozszerzenie płodem	—	—	14%	100%
Metreuryza	—	—	29%	71%

Powyższe porównanie przemawia jaskrawo na korzyść sposobu Bossiego.

W końcu omówić muszę pęknięcia szyi, zdarzające się przy jej rozszerzaniu narzędziem Bossiego, porównując otrzymane wyniki, odnoszące się do 725 przypadków mojej statystyki, z wynikami badań Bardelebena, ustalającymi częstość pęknięć przy porodach prawidłowych i kończonych zwykłymi zabiegami, jak obrotem, kleszczami itd. Wyniki te są w odsetkach następujące:

	Pierwiastki		Wieloródki		Bardeleben	
	sz. utrz.	sz. zan.	sz. utrz.	sz. zan.	por. praw.	por. oper.
Bez pęknięć	73·33	80·1	82·36	82·5	83.8	43·24
Wręby	11·52	13·1	5·88	9·38	11·2	18·92
Głębokie pęknięcia	15·15	6·8	11·76	8·12	5·—	37·84

Powyższa tabelka stwierdza dowodnie, że głoszona przez wielu obawa pęknięć przy użyciu sposobu Bossiego jest w wysokim stopniu przesadzona, gdyż otrzymane wyniki co do głębokich pęknięć, o które wyłącznie chodzi, są przy zanikłej szyjce prawie równe porodom nieoperacyjnym, przy utrzymanej zaś szyjce są bez porównania lepsze od wyników stosowania kleszczy, obrotu itd. A przecież nikomu nie wpadnie na myśl zarzucać te ostatnie zabiegi, bo dają aż 37·84% głębokich pęknięć szyjki. Nie ma więc racyi robić zarzutu z tego powodu rozszerzadłu Bossiego, które nawet w najgorszych warunkach daje pęknięć przeszło dwa razy mniej.

Wyjaśnia także powyższa tabelka różnice w częstości pękania szyjki zależnie od jej stanu podczas zabiegu. Najwięcej pęknięć przy utrzymanej szyjce, daleko mniej przy zanikłej. W pierwszym przypadku więcej pęknięć u pierwiastek, co tłomaczy się niepodatnością szyjki jeszcze nigdy nie rozszerzanej, w drugim więcej u wieloródek, co mogłoby znaleść wyjaśnienie w obecności blizn, pozostałych z poprzednich porodów.

Opierając się na wynikach mojego zestawienia i na doświadczeniu nabytem we własnych 36 przypadkach, zalecam gorąco używanie sposobu rozszerzania ujścia macicy według zasad Bossiego. Sposób ten nie wymaga asysty, ani urządzeń klinicznych i dlatego nadaje się w całej pełni do praktyki prywatnej. Należy tylko wymagać, aby operator był dokładnie praktycznie obznajmiony z całem postępowaniem, bo w niewprawnej ręce łatwo dojść może do nieobliczalnych powikłań. Nadto jest wskazane zżycie się ze swojem własnem narzędziem, gdyż tylko wtedy można oceniać wielkość oporu w obrocie śruby, co dozwala na wnioski w sprawie szybkości rozszerzania.

Za wskazania uważam groźne stany dla matki, wymagające natychmiastowego rozwiązania przy nieścieśnionej lub mało ścieśnionej miednicy, więc rzucawkę porodową odrazu z chwilą jej wybuchu, rozległą gruźlicę płuc, wady serca niewyrównane, zapalenie nerek wywołujące zmiany bezpośrednio groźne dla życia, ostre choroby gorączkowe np. zapalenie płuc, groźne ze względu na niedostateczną ruchomość płuc wobec wydęcia brzucha itd., wszystko to w chwili, kiedy życie matki bezpośrednio zostaje zagrożone. Zakłady położnicze lub operatorowie, wprawni w użyciu metody Bossiego, mogą jej użyć przy gorączce podczas porodu, wywołanej rozkładem płodu wobec ujścia niepodatnego, lub przy niedowładzie macicy z niepodatnem ujściem, wreszcie wyjątkowo, i to tylko u rodzących w pełni okresu I. dla ratowania płodu. Wobec łożyska przodującego lub zbliznowacenia ujścia metody Bossiego polecać nie można. Taksamo w okresie konania lub po śmierci powinna ta metoda ustąpić miejsca cesarskiemu cięciu klasycznemu. Do wywołania porodu przedwczesnego lub ukończenia poronienia służyć może tylko wyjątkowo.

Z oddziału ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie. (Prym. Prof. Dr Dobrowolski).

O operacyjnem leczeniu zmian w położeniu macicy

podał *)

Dr Leopold Jakobson.

W ostatniem trzechleciu leczono na oddziale ginekologicznym szpitala krakowskiego, pozostającym pod kierownictwem Prof. Dobrowolskiego, operacyjnie 92 przypadki zmian w położeniu macicy, a to operowano przypadków 48 z powodu tyłozgięcia macicy, a 44 z powodu wypadania macicy.

Tyłozgięcia macicy nie leczymy na oddziale nigdy krążkami, bo albo tyłozgięcie nie sprawia chorej żadnych dolegliwości i wtedy chora leczenia nie potrzebuje, albo, sprawiając dolegliwości, wymaga leczenia trwałego, czego krążek nie daje. Operacyjnie usuwamy tyłozgięcie zawsze tylko zabiegami, dokonywanymi od powłok brzusznych, nigdy od pochwy, wybór zaś rodzaju zabiegu zależy od wieku chorej. U kobiet blizkich okresu przekwitania wykonujemy zawsze przyszycie bezpośrednie macicy do powłok szwami jedwabnymi przez otrzewnę, mięśnie i powięź, najczęściej z równoczesnem wycięciem jajowodów dla uniknięcia możliwości ciąży. U kobiet młodych wykonujemy skrócenie więzadeł okrągłych. W przypadkach, gdzie jest macica zupełnie ruchoma, niewielka, a przydatki niezmie-

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

nione, skracamy więzadła drogą kanałów pachwinowych, w innych wszystkich przypadkach drogą cięcia brzusznego (sposób Dolérisa), przeciągając pętle z więzadeł okrągłych przez wytworzone otwory, drążące przez otrzewnę, mięśnie i powięź. Wyniki przyszycia macicy do powłok i skrócenie więzadeł według Dolérisa są bardzo dobre i nigdy, o ile mieliśmy sposobność badać chore po tych operacyach, nie widzieliśmy nawrotu choroby. Natomiast wyniki po operacyi Alexandra-Adamsa są częstokroć niekorzystne, tak że zabieg ten nie może co do trwałości wyniku iść w zawody z operacyą Dolérisa.

Przy wypadnięciach pochwy i macicy stosujemy u kobiet młodych w ostatnim roku wyłącznie zabieg Dolérisa, dawniej stosowaliśmy zabieg Alexandra-Adamsa. Oba zabiegi łączymy zawsze z plastyką krocza, polegającą na zeszyciu na dużej przestrzeni odsłoniętych mięśni dna miednicznego z cięcia, podobnego do cięcia podanego przez Stratza. Od wszelkich zwężań i zeszyć ścian pochwy z reguły wstrzymujemy się. Dno miednicze tak wytworzone jest podporą znakomitą i nie stwarza żadnej przeszkody dla porodu. Wyniki po zabiegu Dolérisa mieliśmy wyborne, mniej dobre po zabiegu Alexandra-Adamsa.

U kobiet blizkich okresu przekwitania przyszywamy macicę do powłok, najczęściej dokonując wycięcia jajowodów, a w przypadkach znaczniejszej przepukliny pęcherza (cystocele) przyszywamy także ściany pęcherza do otrzewnej ściennej, a wreszcie robimy wspomnianą poprzednio plastykę dna miedniczego. Wyniki nasze, o ile mieliśmy sposobność stwierdzić, były bez zarzutu.

Statystyka oddziału wykazuje, że, jak wspomniano, operowano z powodu tyłozgięcia macicy 48 razy, z tego wykonano przyszycie macicy 21 razy, 10 razy zabieg Alexandra-Adamsa, a 17 razy zabieg Dolérisa. Z powodu wypadania macicy operowano 44 razy i obok plastyki dna miedniczego wykonano 21 razy przyszycie macicy, 11 razy zabieg Alexandra-Adamsa, a 12 razy zabieg Dolérisa.

Dodatkowo wspomnę, że u kobiet bardzo starych, nie miesiączkujących przy zupełnem wypadaniu pochwy i macicy wykonaliśmy w 8 przypadkach z wynikiem bardzo dobrym zupełne wycięcie pochwy według Muellera.

Zapiski lecznicze z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

II. Doniesienie*).

1. Uzara.

W porównaniu ze środkami przeczyszczającymi, których liczba prawie z każdym dniem wzrasta, posiadamy bardzo mało przetworów leczniczych, któreby działały wstrzymująco przy wszelkich biegunkach, towarzyszących rozmaitym sprawom chorobowym w jelitach. Prócz środków, mających działanie odkażające w jelitach (kwas salicylowy i jego pochodne) i ściągających (tannina i inne t. p. przetwory zawierające kwas garbnikowy), posiadamy w makowcu, względnie w morfinie, a niekiedy w atropinie pewne środki przeciwbiegunkowe. Środki te mają porażać zakończenia nerwowe w mięśniach gładkich jelit, przez co wstrzymując ruch robaczkowy, zapobiegają biegunkom, a o ile biegunce towarzyszą bóle, uśmierzają je, albo do pewnego stopnia łagodzą. Nie ulega więc wątpliwości, że są to środki pewne, jednakowoż jako alkaloidy nie są obojętne dla ustroju i stosowane przez dłuższy czas mogą wywrzeć nader szkodliwy wpływ, zwłaszcza u dzieci.

Uzara ma być, jak głosi reklama, środkiem, nie zawierającym w sobie ani alkaloidów, ani kwasu garbnikowego, a mimo to ma działać wstrzymująco przy wszelkich ostrych i przewlekłych biegunkach, nawet na tle bakteryjnym i pełzakowem. Równocześnie ma uśmierzać podobnie jak alkaloidy bóle i parcie, towarzyszące biegunkom.

Uzara jestto roślina, która rośnie na wybrzeżach morskich Afryki i tak się też u krajowców nazywa. Należy ona prawdopodobnie do rodziny »Asclepiadaceae«, ale jeszcze dokładnie dotychczas nie została zbadana.

Korzenie tej rośliny, nadzwyczaj silnie rozwinięte, mają swoisty gorzki smak.

Uzarę zaczął stosować jako lek po raz pierwszy Hopf z Melsungen, który kilka lat przepędził w okolicach, gdzie rośnie uzara. Działania tego, jak Hopf powiada, cudownego środka, doświadczył na sobie. Skoro bowiem zapadł na ciężką dysenteryę, a wszelkie leki zawiodły, kazał do siebie sprowadzić krajowca znachora. Ten podał mu kawałek zasuszonego korzenia, po którego zażyciu wystąpiło znaczne polepszenie, a w kilka dni potem wyzdrowienie. Przekonawszy się jeszcze w kilkunastu przypadkach dysenteryi o tem znakomitem a szybkiem działaniu uzary, postanowił Hopf roślinę tę przesłać do Melsungen, by zbadano w tamtejszej pracowni dokładnie jej skład chemiczny. Badaniem uzary zajęli się Prof. Mannkopf w Marburgu i Dr Lambert w Melsungen, ten też pierwszy wprowadził uzarę jako środek leczniczy.

Badaniem chemicznem wykazano w uzarze 15% wody, 20% skrobi, dekstryny i cukru, 25% pewnych ciał nieokreślonych, które można z uzary wyciągnąć gorącym wyskokiem, 14% popiołu (w którym głównym składnikiem jest KCL) i 25% włókien drzewnych. Alkaloidów i kwasu garbnikowego nie znaleziono. Wyciąg alkoholowy zawiera jeszcze inne obojętne ciała, jak tłuszcze, lipoidy, istoty żywiczne, olejki eteryczne. Wszystkie te ciała stoją do siebie w pewnym stosunku powinowactwa, tak że np. z wyciągu wyskokowego można zaledwie wyciągnąć pewną część tłuszczu eterem lub chloroformem; wyciąg zaś wyskokowy po odparowaniu przedstawia się jako masa emulsyjna: w małej ilości wody rozpuszcza się po największej części masa pozostała po odparowaniu wyskoku, a w większej ilości wody wytrąca się większa część rozpuszczonych ciał jako masa żywiczna, która nie rozpuszcza się więcej w wodzie, rozpuszcza się trudno w alkoholu absolutnym, a łatwo w alkoholu rozcieńczonym. Eter i chloroform nie wyciągają tych ciał ani z suchej istoty, ani z wysuszonego wyciągu, ale można je przynajmniej częściowo strącić eterem i chloroformem z wyciągów wodnych. Na tej drodze udało się Prof. Gürberowi w Marburgu wykrystalizować z tej istoty trzy różne ciała. Jednakowoż badanie ich składu (wzorów chemicznych) nie udało się, tak, że nic bliższego o składzie chemicznym tych ciał nie mógł powiedzieć. Jedna tylko z tych krystalicznych istot przy gotowaniu z kwasami daje cukier, należy więc niewątpliwie do glikozydów; co do drugiego ciała na razie nic pewnego nie mógł powiedzieć, a trzecie ciało z wszelką pewnością do glikozydów nie należy.

Wszystkie te trzy ciała nie zawierają azotu i dają ze

*) Pierwsze »Doniesienie« zob. »Przegląd lekarski« 1912, Nr. 1.

*) Badanie chemiczne pastylek uzary w tutejszej klinice nie wykazało morfiny, ani kwasu garbnikowego.

zgęszczonym kwasem siarkowym barwne odczyny; krystaliczne postacie tych ciał są w wodzie nierozpuszczalne, łatwo zaś rozpuszczają się w alkoholu rozcieńczonym. Najprawdopodobniej te trzy ciała krystaliczne są głównymi składnikami działającymi w uzarze; są one smaku bardzo mało gorzkiego (gorzki więc smak uzary należy odnieść do innych ciał, które znajdują się w całej istocie).

Z tego wszystkiego wynika, że działanie farmakodynamiczne uzary jeszcze dotychczas nie jest dokładnie zbadane, zwłaszcza że ilość i jakość istot działających w uzarze podlega rozmaitym wahaniom, które mogą być zależne od wieku rośliny, czasu jej zbioru i innych czynników.

Dopiero po wielu usiłowaniach udało się istoty działające w uzarze połączyć w pewien związek, w którym jest zachowany stosunek pomiędzy wagą przetworu, a jego działaniem.

Farmakologicznie ma uzara według Gürbera działać na układ nerwowy ośrodkowy i obwodowy, na serce i naczynia krwionośne i białe ciałka krwi. Na układ nerwowy ma działać uzara początkowo podrażniająco, później porażająco zakończenia i pnie nerwowe. Na zakończenia nerwu współczulnego działać ma podrażniająco, na serce zaś za pośrednictwem nerwu błędnego wpływa podobnie jak naparstnica, t. j. zwalnia i wzmacnia czynność serca, początkowo ma również podnosić ciśnienie krwi, częściowo przez podrażnienie nerwów naczynioruchowych, częściowo przez bezpośrednie zadziałanie na ścianę naczyniową. Doświadczenia wykonane na zwierzętach w zakładzie farmakologicznym w Marburgu przez Gürbera, miały wykazać, że uzara działa na wycięte kawałki z naczyń zwierząt podobnie, jak adrenalina. Odczynu źrenicznego Ehrmana na oku żabiem nie otrzymano.

W tutejszej klinice odczyn Ehrmana wykonany na oku żabiem wypadł wybitnie dodatnio, to znaczy, że kropla 2% rozczynu uzary, puszczona na oko żabie, wywołała po kilku minutach znaczne rozszerzenie źrenicy, które utrzymywało się przez kilka godzin, w czem dowód, że uzara działaniem swojem przypomina adrenalinę.

Gürber podaje, że próbował działania uzary na rozmaite pełzaki (ameby) i przekonał się, że skoro tylko pełzak zetknie się z kroplą rozczynu 2% uzary, popada początkowo w ruchy drgawkowe, a następnie powoli ginie. Doświadczenie to byłoby bardzo pouczające, gdyby tak rzeczywiście było, i uzara mogłaby w takim razie zająć pierwszorzędne stanowisko w leczeniu dysenteryi.

Uzarę podaje się jako środek przeciwbiegunkowy w postaci płynu, kołaczyków i czopków. Wszystkie te trzy postacie leku są wprowadzone w handel. Płyn uzary jest 2%, kołaczyki zawierają 0·005, a czopki po 0·005 do 10 lub 20 mgr. Płyn można podawać w postaci kropel i to 30 kropel sześć razy dziennie, albo jako rozczyn 10:150 cztery razy dziennie, jednakowoż należy o tem pamiętać, że w rozczynie wodnym bardzo rozcieńczonym środek ten rozkłada się. Kołaczyki podaje się sześć razy dnia po 3—4, a czopki trzy razy dziennie po jednym. Dawki dla dzieci są znacznie mniejsze, i tak, dla niemowląt wynoszą $^1/_5$ część dawki dla dorosłego człowieka. Dla dzieci bardzo dogodny jest rozczyn z dodatkiem syrupu pomarańczowego. Dawki wyżej podane, powtórzone po raz drugi, mają sprowadzać dobry skutek we wszystkich ostrych i przewlekłych biegunkach bez żadnego ubocznego działania.

W tutejszej klinice podawano uzarę przez całe zimowe półrocze w dawkach wyżej opisanych, przeważnie w postaci kropel 2% rozczynu jakoteż w kołaczykach, we wszystkich przypadkach chorobowych, którym towarzyszyła biegunka i przekonano się, że uzara istotnie jest środkiem przeciwbiegunkowym z wyjątkiem biegunki przy gruźlicy jelit, gdzie podana nawet w największych dawkach, okazała się zupełnie bezskuteczną. W innych biegunkach, a przedewszystkiem przy ostrym nieżycie żołądkowo-jelitowym (gastroenteritis acuta), uzara już po dwukrotnem zażyciu 3 kołaczyków działała wstrzymująco, a liczba stolców z ośmiu zmiejszyła się do dwóch. Stolce, przedtem wodniste, były wprawdzie jeszcze płynne, ale gęstsze, papkowate. Po dwóch lub trzech dniach przy zażywaniu 3 do 4 razy dziennie po 5 kołaczyków, zazwyczaj był już tylko jeden stolec uformowany w grudki. Zupełnego zatrzymania stolca, jak to zwykle bywa po zażyciu makowca, nie zauważono. W jednym przypadku ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego, który rozpoczął się wymiotami, bólami kurczowymi w całym brzuchu i biegunką, parciem na stolec i ogólnym zapadem, po podaniu 3 razy po 30 kropel uzary wszystkie te objawy ustąpiły, a tętno, które było szybkie i nikłe, już po 4 godzinach było wolniejsze i lepiej napięte, liczba stolców z dwunastu zmniejszyła się na trzy już w pierwszym dniu, a po czterech dniach był już tylko jeden stolec prawidłowy. Jeden raz podano uzarę w biegunce przy zapaleniu poprzecznem rdzenia (myelitis transversa), gdzie biegunka trwała przedtem kilka miesięcy i nawet po bardzo wysokich dawkach makowca nie ustępowała (chory miał dziennie 3 płynne stolce). Po kilkudniowem zażywaniu uzary chory miał jeden, a czasami dwa stolce, które jednakowoż zresztą niczem nie różniły się od stolców przed podaniem uzary i nadal pozostały płynne.

We wszystkich innych przypadkach biegunki uzara, jeżeli nie zupełnie usuwała, to przynajmniej zmniejszała liczbę stolców, jako to zauważono w dwóch przypadkach nieżytu żołądkowo-jelitowego przewlekłego (gastroenteritis chronica; gdy przed podaniem uzary chorzy mieli cztery do pięciu płynnych stolców dziennie, to po podaniu liczba ich zmniejszyła się o połowę dziennie. Bóle i parcie na stolec niezawsze po zażyciu uzary ustępowały.

Objawów ubocznego działania uzary nie zauważono nigdy, nawet po podaniu bardzo wysokich dawek (40—50 kołaczyków dziennie).

Ciśnienie krwi po zażyciu uzary, badane sposobem Riva-Rocciego, było nieco wyższe, zwłaszcza u osób młodszych, z czego wniosek, iż lek ten działa podobnie na ścianę naczyń, jak adrenalina.

Uzarę należy polecać jako środek przeciwbiegunkowy (antidiarrhoicum) i może ona być bardzo użyteczna w porze letniej, gdy u nas w pewnych miesiącach prawie nagminnie występuje ostry nieżyt żołądkowo-jelitowy; może być ona zwłaszcza dlatego użyteczna, że można ją zupełnie pewnie podawać dzieciom.

Podawano też równocześnie uzarę w klinice medycznej w kilku przypadkach bolesnego miesiączkowania, ale bez skutku, mimo głoszenia przez reklamę o jej cudownem działaniu na bolesne miesiączkowanie.

Ze względu na to, że uzara podwyższa nieco ciśnienie krwi, może ona być przeciwwskazana u osób starszych, lub dotkniętych miażdżycą tętnic.

Dr Z. Wachtel.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Karol Schiller. **Patologiczne działanie gorąca na tkanki.** (Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie. IX zeszyt 1911). Z wyjątkiem Silexa wszyscy autorowie zgadzają się na to, że wyższa ciepłota, działająca na skórę, podnosi nietylko ciepłotę skóry, ale także ciepłotę głębszych tkanek. Zbytniemu ogrzaniu tkanek przeszkadza jednak krążenie krwi i limfy, które działają ochładzająco. Wyższa ciepłota, stosowana na powierzchnię ciała w jakikolwiek sposób, wywołuje następujące zmiany: 1) zwiększenie się krążenia

krwi, 2) zwiększenie się krążenia limfy, 3) zwiększenie się wydzielania potu. Najkorzystniej działa na krążenie krwi i limfy ciepłota 80—120° C., stosowana nie dłużej, niż przez przeciąg kilku godzin. Natomiast dla wydzielania się potu granica korzystnej ciepłoty leży między 50 a 60° C. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nabieg limfy, wywołany np. ciepłymi okładami, działa korzystnie na przebieg zapalenia przez to, że w myśl Buchnera działa przez swoje ciała ochronne (aleksyny) hamująco na rozwój bakteryi (autoseroterapia). Przy stosowaniu zaś jeszcze wyższej ciepłoty, i to przez czas dłuższy, występuje już działanie patologiczne gorąca, t. j. zamiast przekrwienia czynnego nastaje bierne, a krążenie limfy i wydzielanie się potu zupełnie ustają.

Weissglas.

Ascoli i Legnani. **Skutki wycięcia przysadki.** (Münch. med. Woch. 1912, . r 10). A. i L. wycinali przysadkę u psów. Zabieg to dla zwierzęcia ciężki i na 70 doświadczeń zaledwo w kilku przypadkach udało się psy zachować przy życiu. Po wycięciu przysadki spostrzega się przedewszystkiem nagłe wstrzymanie się wzrostu zwierzęcia a rychłe tycie. Kostnienie i ząbkowanie znacznie się zwalniają, odżywienie kości bardzo cierpi. Nadto spostrzega się wstrzymanie rozwoju płciowego, zanik śledziony, grasicy, tarczycy. W nadnerczach spotyka się nieraz krwotoki. Psychicznie okazują zwierzęta depresyę. K.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Lewaszew. **W sprawie swoistego leczenia gruźlicy płuc.** (Rus. Wracz 1912, Nr 7). Autor u chorych na zimnicę i gruźlicę płuc spostrzegł, iż błękit metylenowy stosowany w takich przypadkach nietylko oddziaływa na zimnicę, ale też i na sprawę gruźliczą, która znacznie polepsza się pod wpływem stosowania tego środka. Wobec tego rozpoczął L. badania nad wpływem trifenilmetanów na przebieg gruźlicy płuc. W ostatnich czasach stosował »tryparasan«, chlorowe połączenie parafuksyny, nadesłane mu przez prof. Ehrlicha, jako mało trujące. Podawał chorym po 4—8 razy dziennie 0,5—1,0 gm. tryparasanu z obojętnym proszkiem w celu zmniejszenia bezpośredniego, przeważnie mechanicznego działania tryparasanu na błonę śluzową. Leczenie trwało od kilku tygodni do kilku miesięcy. W spostrzeganych przez L. przypadkach ciężkiej gruźlicy stosowanie tryparasanu dało doskonałe wyniki: gorączka i poty zmniejszały się szybko, ogólny stan polepszał się, ilość plwociny zmniejszała się, a objawy osłuchowe i opukowe świadczyły o polepszeniu się stanu płuc; w jamach rzężenia pozostawały nadal, co świadczy zdaniem L. tylko o swoistem działaniu środka na laseczniki gruźlicze.

Z. Gilewicz.

Prof. Krawkow. **O stosowaniu »polygonum hydropiper« przy krwotokach wewnętrznych.** (Rus. Wracz, 1912, Nr 7). Doświadczenia, podjęte w klinice prof. Fawickiego i Lebiediewa z wyciągiem płynnym tej rośliny u chorych z krwotokami, dały wyniki bardzo zadowalniające. Dokładniejsze badanie farmakologiczne tego środka, dokonane w pracowni Krawkowa, nie pozwoliło jednak określić istoty tego działania; można tylko twierdzić z pewnością, iż nie gra tu żadnej roli zwężenie naczyń. Dlatego też zdaniem Krawkowa należy przypuszczać, iż »polygonum hydropiper« zwiększa krzepliwość i lepkość krwi i w ten sposób zatrzymuje krwotoki. Z. Gilewicz.

Sauer. **W sprawie zastosowania maski płucnej Kuhna.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 14—15). Maska Kuhna znalazła już obecnie bardzo obszerne zastosowanie. Jak wiadomo, w masce tej utrudniony jest wdech, natomiast wydech odbywa się zupełnie prawidłowo. W pierwszych dniach przy stosowaniu maski zjawia się uczucie ucisku w głowie, a czasem bóle mięśniowe klatki piersiowej, co wkrótce znika. Wtedy stosuje się już systematycznie maskę dziennie po 2 godziny, ogółem zależnie od potrzeby przez przeciąg kilku tygodni lub nawet miesięcy (gruźlica). Przez użycie maski wywołuje się wybitne przekrwienie płuc i ułatwia odchodzenie wydzielin, ćwiczy klatkę piersiową i wzmacnia ochronne siły ustroju. Oddaje to cenne usługi w leczeniu gruźlicy, niedorozwoju i skłonności do gruźlicy, w rozedmie płuc, dychawicy (jako środek wstrzymujący napady) i t. p. Maska wpływa też korzystnie na szybsze wsysanie się wysięków opłucnych, jest wybitnym środkiem krwiotwórczym (niedokrwistość, blednice), działa korzystnie w schorzeniach serca, stosują ją też przy zapaleniu płuc, dalej jako środek nasenny u nerwowych, przy krztuścu i t. p. Przy racyonalnem stosowaniu maska nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa. A.

R. Hoesslin. **Nowy objaw tętniaka aorty.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 1). U chorego, cierpiącego na tętniaka aorty, zauważył H. ciekawy rytm oddechowy. Po głośnym świszczącym wdechu następował wydech rytmiczny przerywany, z kilku pauzami. H. tłómaczy ten objaw w danym przypadku tak silnym uciskiem, wywieranym przez tętniaka na pień lewego oskrzela, że wydech mógł się odbywać jedynie w czasie rozkurczowego opróżniania się tętniaka. M. Sokołowski.

Henryk Wolf. **Fizyologiczne podstawy wodoleczenia chorób serca.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. 1911, zeszyt XII). Kąpiele letnie (28° C.) nie działają bezpośrednio na serce ani na nerw błędny, natomiast wywierają wpływ na ośrodki nerwowe naczynioruchowe, skutkiem czego następuje skurcz naczyń obwodowych z następowem podniesieniem ciśnienia krwi podczas rozkurczu serca, co znowu wpływa korzystnie na ukrwienie mięśnia sercowego. Kąpiele letnie można więc stosować tylko tam, gdzie serce jeszcze rozporządza siłą zapasową, a nie znajduje się w okresie większego niewyrównania. Dalsze działanie takich kąpieli polega na tem, że wskutek obniżenia zwiększonej ciepłoty ciała (jeżeli taki przypadek zachodzi), zmniejsza się wywołana przez nią wzmożona czynność serca. Lepsze odżywienie mięśnia sercowego, zależnie od lepszego ukrwienia jego podczas długiego okresu rozkurczowego i lepszego ciśnienia, wywołanego zadrażnieniem ośrodków naczyniowych — oto skutek kąpieli letnich. Istotnej różnicy między kąpielami z CO_2 a zwykłemi — niema; pierwsze działają tylko nieco silniej na naczynia skórne. Weissglas.

Z. v. Dalmody. **Ocenianie zdolności oddziaływania wodoleczniczego.** (Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 1911, zesz. VI). Najprzystępniejszym do badania objawem odczynu wodoleczniczego jest przekrwienie czynne, wzmożone i przyspieszone krążenie krwi w skórze. Autor stara się ocenić szybkość zmiany krążenia włosowatego na podstawie zasad James Barra, t. j. obserwuje czas znikania białej plamy, powstałej na skórze po ucisku palcem przed i po zastosowaniu zabiegu wodoleczniczego, obliczając średnią z 5—10 badań. Najodpowiedniejszem miejscem do badania jest skóra nad mostkiem. Jest to postępowanie proste, wystarczające i zasługujące w zupełności na uwzględnienie przy stosowaniu zabiegów wodoleczniczych.

Weissglas.

Prof. Schüle. **Względna niedomoga żołądka.** (Medizin. Klinik 1912, Nr 11). Autor rozróżnia 2 rodzaje względnej niedomogi żołądka: wydzielniczą i ruchową. Pierwszą poznajemy po tem, że żołądek w pewnych warunkach wydziela prawidłowo, w innych zaś niedostatecznie, głównie zaś, gdy wchodzą w grę czynniki hamujące wydzielanie, które to hamulce żołądek zdrowy łatwo pokonać potrafi. Te czynniki hamujące są: 1) natury dyetetycznej, jak tłuszcze, cukier, strawy bardzo słone, 2) psychicznej, jak wstręt do jadła, depresya umysłowa, wreszcie 3) organicznej, a więc choroby wywołujące bezkwaśność (anaciditas) żołądka, jakoto nieżyt, niedokrwistość złośliwa, wreszcie pierwszy okres raka żołądka. Należy przypadłość tę badać po śniadaniu próbnem Ewalda (szklanka herbaty

bez mleka z bułką), a głównie po obiedzie Leube-Riegela (talerz zupy perłowej, befstek z purée ziemniaczanem).

Niedomogę ruchową poznajemy po tem, że żołądek zdrowy powinien być próżny w 2 godziny po próbnem śniadaniu, a w 6—7 godzin po obiedzie; także rano na czczo po kolacyi spożytej o 8 wieczór (herbata z mlekiem, zimne mięso i chleb z omastą) powinien zdrowy żołądek być pusty. Żołądek ruchowo osłabiony nie opróżnia się w tym czasie. Albo inna próba: waga śniadania próbnego części przefiltrowanej w godzinę po spożyciu powinna prawidłowo nie przenosić 6 gramów. Oznaczanie zapomocą promieni Röntgena (kapsułki bizmutowe pływające w płynie żołądkowym) nie ma znaczenia dla lekarza praktykującego prywatnie. Leczenie tego schorzenia polega na podawaniu strawy w małej ilości a często: potrawy mączne i przetarte jarzyny są bardzo polecenia godne. Ze środków leczniczych mają zastosowanie kwas solny, pepsyna i wronie oko (nux vomica). Po obiedzie zaleca się leżenie przez godzinę z mokrym okładem na brzuchu, przykrytym blaszanką, napełnioną gorącą wodą lub termoforem. Przytem tuszowanie brzucha, lekkie miesienie, faradyzacya. Autor poleca także przebywanie w okolicach niezbyt wysoko położonych (600—1200 m.), jako wzmacniające wogóle ustrój. Wreszcie dobrze działają systematyczne płukania żołądka. Mondschein.

A. Schott. **Barwienie morfotycznych składników moczu.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). S. celem uzyskania barwnych preparatów osadu moczu poleca sposób następujący: Do 10 cm^3 moczu dodaje 3 krople 5% wodnego rozczynu błękitu anilinowego i 6—8 kropli $2\frac{1}{2}$% rozczynu glicerynowego eozyny z dodatkiem 5% kwasu karbolowego (acidum carbolicum liquef.). Mocz ten po wymieszaniu centryfuguje i otrzymuje osad już zabarwiony, który bada sposobem zwykłym. M. Sokołowski.

Straub i Schlayer. **Mocznica jako zatrucie kwasami.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 11). Już przed kilkunastu laty wyraził Jaksch przypuszczenie, że napad mocznicy polega na zatruciu kwasami, stwierdzenie jednak tego zapomocą stosowanych w owych czasach metod nie mogło być stanowczo uzasadnione. Dopiero metoda Haldanea, umożliwiająca oznaczanie ciśnienia parcyalnego kwasu węglowego, znajdującego się w powietrzu pęcherzyków płucnych, rozświetliła nieco tę sprawę. Haldane dowiódł, że ciśnienie parcyalne CO_2 w pęcherzykach płucnych jest stałem, wśród różnych nawet warunków. Krew tętnicza, pozostająca w równowadze napięcia z powietrzem w pęcherzykach płucnych (Krogh), pobudza ośrodek oddechowy. Pod wpływem kwasu węglowego krwi pracuje ośrodek oddechowy w ten sposób, że ciśnienie parcyalne CO_2 w pęcherzykach, a zatem i CO_2 krwi tętniczej pozostaje stałem. Ciśnienie prawidłowe wynosi 35—40 mm Hg. Jeśli z jakiejkolwiek przyczyny krew obfituje w produkta kwaśne, wówczas działają one również podniecająco na ośrodek oddechowy i w ten sposób zastępując prawidłowy bodziec, t. j. CO_2, zmniejszają ciśnienie parcyalne CO_2, które jest tem niższe, im więcej innych kwasów krąży we krwi. Opierając się na tym fakcie, możemy według Haldanea zapomocą pomiaru ciśnienia CO_2 wykazywać stopień zatrucia kwasami. Autorowie stwierdzili to, badając szereg chorych z objawami mocznicy. W przypadkach ciężkich ciśnienie parcyalne CO_2 trzymało się granic nizkich, w miarę zaś poprawy i ustępowania objawów mocznicy ciśnienie, wzrastając, zbliżało się do granic prawidłowych.

M. Sokołowski.

F. Marchand. **Przyczynek kazuistyczny do leczenia zatrucia kwasami.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 4). W ciężkich przypadkach zatrucia kwasami nieorganicznymi następuje stosunkowo krótko po zażyciu trucizny śmierć wśród objawów porażenia ośrodków naczynioruchowych i oddechowych. Objawy te występują nie, jakby się zdawało, skutkiem bezpośredniego działania kwasów, lecz są następstwem zubożenia krwi i soków ustroju w zasady, które ustrój traci wskutek wiązania się ich z kwasami. Typowym przykładem zubożenia ustroju w zasady jest śpiączka cukrzycza i odkąd wiemy, że stan ten wywołany jest skutkiem wytwarzania się w ustroju kwasów organicznych, staramy się go usunąć doprowadzaniem zasad do ustroju. Wewnętrzne podawanie zasad z wielu względów napotyka na trudności, zwłaszcza w przypadkach otruć kwasami organicznymi, gdzie liczyć się trzeba z niebezpieczeństwem przedziurawienia przy sondowaniu. M. w przypadkach ciężkiej śpiączki cukrzycznej i przy otruciu kwasem siarkowym zastosował śródżylne wstrzykiwania węglanu sodu z bardzo pomyślnym skutkiem. Węglan sodu wstrzykiwał śródżylnie w rozczynie 5% w ilości 300 cm^3 i to po uprzedniem odpreparowaniu żyły; ostrożność tę uważa za konieczną, gdyż nawet najmniejsze ilości tak silnie zasadowego rozczynu w zetknięciu z tkanką podskórną wywołują martwicę.

M. Sokołowski.

Neurologia i psychiatrya.

Doc. Quensel. **Psychoza z zatrucia tlenkiem węgla.** (Med. Klinik, 1912, Nr 11). Wedle Tibeliusa w bardzo urozmaiconym obrazie tego zatrucia dają się wyróżnić 2 główne typy: 1) psychoza powstała zaraz po początkowej śpiączce (coma) i 2) wybuchła dopiero po dłuższej przerwie, w której chorzy czują się mniej lub więcej dobrze. W pierwszym typie istnieją obrazy krótkotrwałego podrażnienia nerwowego i majaczenia aż do zupełnego otępienia (dementia), kończąc się po dniach, tygodniach, a często i latach wyleczeniem, choć niezawsze zupełnem, ale mogące też po krótkim czasie skończyć się śmiercią. Obraz drugiego typu jest bardziej urozmaicony, jakkolwiek i ta choroba ma skłonność do przejścia w otępienie. W obu typach występują: zaburzenia w pojmowaniu, oryentowaniu się, pamięci, zamącenia umysłu, tępota umysłu, zwykle silna depresya, dominująca nad innymi objawami. Przytem zdarza się też ślepota zupełna lub połowicza, porażenia, niedowłady, zaburzenia w mowie, stany kataleptyczne i t. d. Nierzadkie także są zaburzenia w krążeniu, porażenia nerwów naczynioruchowych, zmiany odżywcze.

Anatomiczne zmiany, z zatrucia tlenkiem węgla pochodzące, są to albo bezpośrednie uszkodzenia włókien nerwowych i komórek, albo zmiany w naczyniach, a w ich następstwie ogniska rozmiękłe w układzie nerwowym ośrodkowym. Mondschein.

Sollier. **Objawy cenestezyi z jednej strony mózgu i depersonalizacyi w związku ze zmianami organicznemi mózgu.** (Encephale 1910 Nr. 10). Czy mamy świadomość tego, co się dzieje w naszym mózgu? poczucie tego, że on działa? Zdaniem autora poczucie takie istnieje; jest to czucie cenestetyczne. Istnienia jego dowodzą takie n. p. fakty, jak uczucie natężenia i wysiłku przy przypominaniu sobie czegoś i t. d.

Poczucie naszej osobowości (sentiment de notre personalité) jest w zależności od czucia cenestetycznego i świadomości, jaką posiadamy o prawidłowem działaniu naszego mózgu. Opiera się ono na koordynacyi i zlaniu się wrażeń mózgowych (sensations cérébrales), powstających przy czynności części tylnobocznych mózgu (sfery ruchowej i percepcyjnej) i części czołowych, przeznaczonych do apercepcyi, pamięci i ogólnej ideacyi. Poczucie osobowości powstaje więc przy uczuciu działania mózgu w jego całości. Przy zerwaniu wspomnianej powyżej łączności i zaburzeniach koordynacyi może powstać depersonalizacya. W przypadkach zaburzeń cenestetycznych i depersonalizacyi jest depersonalizacya połączona z takiemi zjawiskami, jak uczucie gwałtownego wstrząsu, rozpadania się mózgu i t. p. Jednakowoż dotychczas jeszcze nie było dowodów, któreby wskazywały, że wszystkim tym chorobliwym wrażeniom odpowiada coś realnego, jakieś zmiany anatomopatologiczne. Takich właśnie dowodów dostarcza dopiero przy-

padek, spostrzegany przez autora. 28-letni mężczyzna, profesor kolegium, już od pierwszego roku swej choroby miał zaburzenia cenestetyczne. W końcu zupełnie wyraźnie wystąpiła depersonalizacya. Chory nie odczuwa zewnętrznego świata, otaczająca przyroda nie sprawia na nim żadnego wrażenia. W końcu traci chory pojęcie czasu i przestrzeni, staje się istotą bezosobową i nie może nawet dwóch dni naprzód sobie wyobrazić. Prócz tego doznaje chory po stronie prawej całego szeregu wrażeń chorobowych; ma przeczulicę węchu, słuchu i osobliwie wzroku. Chory stale odczuwa, jak lewa połowa mózgu zasypia, prawa zaś jest zanadto podniecona, aby mogła spać. Zwykle żyje chory lewą stroną, prawa zaś strona nie myśli wcale. Jedna połowa głowy szuka drugiej i to uczucie według słów chorego ma być okropne. Chory ma wrażenie, że mózg mu rośnie i ciasno mu w czaszce.

Nakłucie, a następnie trepanacya czaszki wykazały wzmożone ciśnienie i przekrwienie prawej półkuli mózgowej. Chory ten zmarł, sekcya jednak nie mogła być dokonana; ścisłe więc określenie zmian mózgu było niemożliwe. Jednakowoż faktem pozostaje, że chorobliwym odczuciom, których chory doświadczał ze strony prawej mózgu, odpowiadały w pewnym stopniu zmiany, znalezione w czasie operacyi. Dr L. Mańkowski.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Baecki: **O indywidualnem rozpoznaniu krwi ludzkiej.** (Friedreich's Blätter f. ger. Med. 1912. Zeszyt II.). Na podstawie obszernej pracy dochodzi autor do wniosku, że izoaglutynacya jest regularnem zjawiskiem we krwi osobników zdrowych i chorych. W zasuszonej krwi zachowują izoaglutyniny długo niezmienioną zdolność aglutynacyi, opierają się także gniciu, a ulegają osłabieniu przez półgodzinne grzanie do 56° C. Izoaglutynująca zdolność surowicy zachowuje się przez długi czas stale u tego samego osobnika. W stosunkach prawidłowych nie występują zjawiska autoaglutynacyi. U noworodków prawie stale brak izoaglutynin, albo też są tylko ich ślady. Każda ludzka krew okazuje wybitne indywidualne własności izoaglutynacyjne. Jest rzeczą możliwą w przeważnej liczbie przypadków rozstrzygnąć, czy dany ślad krwawy pochodzi od danej osoby, czy nie. J. Olbrycht.

Baecki: **Sposób bezpośredniego badania plemników w plamach nasiennych.** (Vjschrft f. ger. Med 1912. Tom 43. Zeszyt 1.). Autor gorąco poleca zmodyfikowaną nieco obecnie swoją metodę bezpośredniego badania plemników w plamach nasiennych, którą się wykonuje w sposob następujący: 1) Barwienie 1 cm^2 wielkiego kawałka plamy nasiennej przez pół do 1 minuty w jednym z następujących rozczynów: a) 1% kwaśna fuksyna albo błękit metylowy (nie metylenowy) 1 część na 40 części zakwaszonej wody (HCl 1, Aqu. dest. 100), albo b) 1% kwaśna fuksyna, 1% błękit metylowy ana 1 część na 40 części zakwaszonej wody. 2) Obmycie w zakwaszonej wodzie. 3) Osuszenie w powietrzu lub odwodnienie w alkoholu absolutnym. 4) Wyjaśnienie preparatu na szkiełku przedmiotowem w ksylolu, balsam. Celem mikroskopowego badania należy silniej zabarwioną stronę plamy obrócić do góry. W przeciwnym razie należy badać obie strony. Wreszcie, o ile plamy nie są świeże, należy stosownie do przypadku od $\frac{1}{2}$—24 godzin namoczyć w 20—30% amoniaku, a następnie przed samem barwieniem przenieść jeszcze do wody przekroplonej. J. Olbrycht.

Heidenhain: **Śmierć nagła skutkiem schorzenia serca w następstwie zresztą nieszkodliwych afektów.** (Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1911, Nr. 10). Nawet lekkie, same przez się mało znaczące wpływy mogą wywołać śmierć, jeżeli działają u ludzi z chorem sercem. Autor opisuje dwa takie przypadki:

1. Pewnemu restauratorowi spadł 30 maja z. r. kawałek cegły na obnażoną głowę; następstwem tego była mała, lekko brocząca rana. Obrażony zjadł obiad, położył się do łóżka; po kilku godzinach przy budzeniu się ma zawrót głowy, zaczyna majaczyć, traci przytomność i umiera 3 czerwca. Sekcya: Silne przekrwienie wszystkich narządów, a zwłaszcza płuc, w następstwie powoli rozwijającego się porażenia serca. Za przyczynę uważa H. znacznego stopnia zwyrodnienie tłuszczowe; po doznanym przestrachu serce nie mogło wrócić do równowagi.

2. Pewnego leśniczego znaleziono bez życia obok na wpół przewróconego wózka. Zewnętrznie nie było żadnych wybitniejszych obrażeń. Sekcya: znacznego stopnia rozszerzenie i stłuszczenie serca. I w tym przypadku przyjąć należy, że afekt, któryby u zdrowego wywołał może co najwyżej przejściowe bicie serca, wywołał w ciężko schorzałem sercu wyczerpanie i niedomogę, które się nie wyrównały. Silniejszego wstrząsu mózgowego, któryby śmierć wywołał, w obu przypadkach ani wywiady, ani inne fakta przyjąć nie pozwalały. J. Olbrycht.

Rapmund: **O zatruciu strychniną ze stanowiska sądowo-lekarskiego** (Vjschrft f. g. Med. T. 42, Zeszyt 2. S. 243). Obok systematycznego opisu zatrucia strychniną przy starannem uwzględnieniu obszernej literatury i kazuistyki, podaje autor szereg własnych doświadczeń. Przez nie mógł autor potwierdzić spostrzeżenie Koellikera i Martina, że trucizna najszybciej działa przy bezpośredniem zetknięciu się z rdzeniem (śródoponowo 4 razy silniej niż śródżylnie). A zatem błędnem jest przypuszczenie, że także po wprowadzeniu trucizny do opon rdzeniowych musi trucizna najpierw dostać się do krwi, aby zadziałać. Wstrzykiwania podskórne stoją na trzeciem miejscu, działanie zaś od strony przewodu pokarmowego jest najsłabsze. Zapatrywanie Verworna, że śmierć następuje wskutek porażenia serca, nie potwierdziło się, ponieważ oddychanie zupełnie ustawało przy bijącem sercu. Ciepłota podnosiła się u zwierząt w czasie kurczów tylko o $\frac{1}{2}$—1°, a w przerwach opadała często poniżej normy, po śmierci zaś nie podnosiła się. Szczególnie silnie zaznaczonego stężenia pośmiertnego nie spostrzegano często, co także i do ludzi ma się odnosić. Mocz 10 zatrutych królików wywołał 7 razy u myszy kurcze tężcowe. Zwierzę, które po 2 minutach padało, nie miało w mózgu strychniny; po 4 minutach bywała jednak w każdym przypadku trucizna z moczem wydalana.— Dla rozbioru należy przechować szczególnie przełyk, żołądek i jelito cienkie, wątrobę, nerki, płuca, serce, krew i zawartość pęcherzyka żółciowego, ewentualnie także mózg, trzustkę i kości udowe. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 17 kwietnia 1912 r.

Przewodniczący kol. Damski, obecnych członków 40.

1) Kol. Dr Cercha miał wykład: **O znaczeniu chemii fizycznej i biologii dla balneologii i balneoterapia w ginekologii.**

Prelegent zaznaczył dobitnie zdrojowiskowy typ Galicyi, w której wszystkie typy wód leczniczych i kąpieli mają swych przedstawicieli; apelował do kolegów, aby zwartym szeregiem popierali zdrojownictwo krajowe, które wskutek małego zainteresowania ogółu lekarzy niedomaga; za główną przyczynę zastoju zdrojownictwa krajowego uważa prelegent brak szkoły balneologicznej, tj. brak katedr i pracowni balneologii doświadczalnej na obydwu uniwersytetach krajowych.

W ostatnich latach dziesięciu nastąpił znaczny przewrót w dziedzinie balneologii, a to dzięki chemii fizycznej i biologii. Te dwie nauki są dzisiaj podstawą w rozwoju balneologii. Prawa chemii fizycznej i biologii, a mianowicie

prawo ciśnienia osmotycznego i dyffuzyi od czasu powstania teoryi rozczynów soli (Van't Hoffa) i nauki o zdolności rozczynów soli nieorganicznych przewodzenia prądu elektrycznego (Arrhenius), które jest wynikiem rozszczepienia (dysocyacyi, jonizacyi) panują niepodzielnie w balneologii. Działania rozczynów soli, a takimi rozczynami są wody mineralne, na podstawie tych teoryi w nowem przedstawiają się świetle i nie wystarcza już dziś tłómaczenie dawniejsze działania wód mineralnych na ustrój. Trzeba więc uzupełnić dawne wzory rozbioru wód mineralnych prawami chemii fizycznej i biologii. Taki wzór rozbioru wody mineralnej powinien zawierać następujące punkta: 1) oznaczenie zawartości jonów, 2) oznaczenie obniżenia punktu marznięcia wody mineralnej, 3) oznaczenie zdolności przewodzenia prądu elektrycznego wraz z obliczeniem współczynnika rozszczepialności, 4) dawny chemiczny rozbiór co do soli i gazów (których nawet minimalne ilości mają wielkie znaczenie przy sprawach katalitycznych, podobnych do spraw fermentacyi, a którym to małym ilościom soli odmawiano dawniej jakiegokolwiek działania), 5) oznaczenie siły promieniotwórczej, względnie emanacyi wody mineralnej.

Prelegent przedstawił sposoby badania wód mineralnych metodami fizyczno-chemiczno-biologicznemi, a następnie przytoczył historyę zjawisk promieniotwórczości i emanacyi z uwzględnieniem działania promieniotwórczości i emanacyi wód mineralnych na zdrowy i chory ustrój ludzki.

W końcu na podstawie wieloletniego swego doświadczenia w zdrojowisku. Krynica-zdrój mówił prelegent o wskazaniach i wynikach leczenia chorób niewieścich metodą zdrojowo-kąpielową. Metoda ta lecznicza, stosowana umiejętnie z uwzględnieniem waranków higieniczno-dyetetycznych daje bardzo korzystne wyniki i w szeregu metod zachowawczego leczenia chorób części rodnych niewieścich zajmuje wybitne miejsce. (Streszczenie własne).

2) Kol. Zanietowski mówił: **O systemizacyi środków balneo-terapeutycznych oraz ich znaczeniu dla medycyny w ogóle, a dla neurologii w szczególności.**

Po krótkim wstępie historycznym, przedstawiającym rozwój systemizacyi balneoterapeutycznej od czasów dawnych, gdy Seneka i Hipokrates przepisywali »balaneion«, aż do najnowszych, w których według słów Leydena ku wspólnemu celowi rękę sobie podały: woda i powietrze, światło i ciepło, miesienie i elektryczność, określa prelegent pojęcie zakresu nowoczesnej balneoterapii i fizyoterapii. Jest to już pojęcie obszerniejsze od tego, które dawniej istniało, a balneoterapia nowoczesna rozporządza już szeregiem środków integralnych, ściślejszych, oraz pomocniczych, należących do szerzej pojętych granic doświadczalnej nauki. Pókiśmy dochodzili tylko do granic atomów, a nic nie wiedzieli o molionach i atomionach, póki murem granicznym oddzielaliśmy hydroterapię od termoterapii, a promienie świetlne od cieplnych, póki nie wiedzieliśmy, że te same jony odgrywają tak ważną rolę i w rozbiorze wód mineralnych i w analizie elektryczności, póki wreszcie nie mieliśmy pomostu między falami elektrycznemi a zjawiskami promieniowania, trudno było pozornie różne fakta analizować pod jednym kątem widzenia i kusić się nawet o ich systemizacyę.

Dziś już systemów naukowych i praktycznych posiadamy cały szereg. Jako najbardziej przejrzysty uważa prelegent system topograficzny, w którym odpowiadamy na pytanie, gdzie nam jakie środki dała natura do rozporządzenia i czem je człowiek uzupełnił. Wspominając o starej geologicznej mapie Galicyi Żórawskiego, oraz o szkicu zdrojowisk polskich, druk. w »Zdroju Ciechocińskim«, lecz nie zawierającym składu chemicznego wód i wzniesienia terenowego, demonstruje prelegent swoją pierwszą mapę zdrojowisk polskich, oraz swoją topograficzną mapę balneologiczną Europy, w której zestawił porównawczo zdrojowiska i uzdrowiska polskie z zagranicznemi. Następnie przechodzi do podziału fizyczno-chemicznego balneoterapii, do systemizacyi technicznej tejże, oraz do zasad podziału klinicznego, które już po części opisał był w swoich podręcznikach, oraz w swoich dotychczasowych pracach i odczytach. Na kilku przykładach, zaczerpniętych z pogranicza balneologii i neurologii, wykazuje prelegent, jak zasady powyższych rodzajów systemizacyi zastosować można do celów praktycznych i jak neurolog może środki integralne ściślejszej balneologii uzupełnić lub wzmocnić pomocniczymi środkami fizyoterapii, gdy mu chodzi o podniesienie lub obniżenie pobudliwości nerwów, a wzmożenie sprawności narządów, o wywołanie zmian naczynioruchowych i t. d.

Przykłady te ilustruje prelegent opisem postępowych urządzeń, istniejących w większych zdrojowiskach i w laboratoryach balneologicznych, urządzonych przy odnośnych katedrach zagranicznych. Odczyt swój kończy prelegent życzeniem, aby takie katedry i dobrze uposażone pracownie mogły u nas powstać jak najprędzej, oraz prośbą, aby każdy z lekarzy przez bliższe zapoznanie się z postępami balneoterapii i z prawami nowoczesnej systemizacyi tejże, przyczynił się do rozwoju polskiej nauki i polskiego przemysłu zdrojowego. (Streszczenie własne).

Za sekretarza dorocznego:
Dr Sikorski.

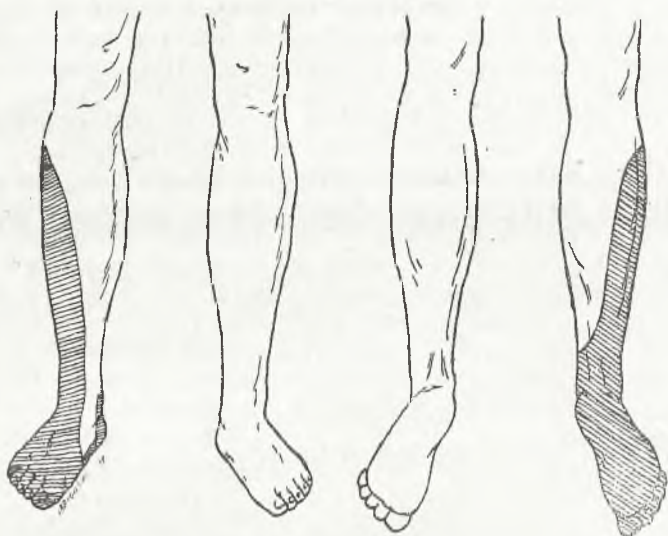
Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

dnia 9. I. 1911 r.

Kol. Landau przedstawia chorego M. A., robotnika, lat 27, **z urazowem porażeniem całego nerwu kulszowego** prawego. Przed czterema miesiącami wypadł chory z wozu tak nieszczęśliwie, że zwichnął sobie nogę prawą w stawie biodrowym. Już na drugi dzień po wypadku odprowadzono zwichnięcie w szpitalu. Niedługo jednak potem po zdjęciu opatrunku zauważył chory, że jakkolwiek ruchy w stawie biodrowym powróciły, to jednak powstała trudność przy wykonywaniu ruchów w stawie kolanowym, w stawie zaś stopowym i stawach palcowych żadnych nie może wykonać ruchów. Stan taki utrzymuje się bez zmiany aż do dnia dzisiejszego. W szpitalu w J., dokąd chorego przeniesiono po wypadku, stwierdzono zwichnięcie główki kości udowej ku tyłowi i ku górze nad otwór kulszowy ze skróceniem nogi prawej i przywiedzeniem ku linii środkowej ciała. Odprowadzenia dokonano dopiero nazajutrz po wypadku. Po odprowadzeniu nałożono opatrunek szynowy, po zdjęciu którego stwierdzono utratę czucia w zakresie zewnętrznej powierzchni prawej goleni i stopy oraz niedowład zginaczy nogi, mięśni stopy i palców. (Według informacyi, zasiągniętych w szpitalu w J.).

Badanie dokonane przez L., wykazuje, że zmiany dotyczą wyłącznie prawej kończyny dolnej. I tak: stopa końska, wszelkie ruchy czynne w stawie biodrowym zachowane, w stawie kolanowym wyprostowywanie dobre, zginanie zupełnie zniesione. W stawie stopowym i stawach palcowych ani śladu ruchów czynnych. Napięcie w porażonych mięśniach bardzo znacznie obniżone, staw stopowy wybitnie cepowaty. W zakresie zginaczy uda i wszystkich mięśni goleni widoczne zaniki. Wszystkie mięśnie unerwione przez nn. kulszowy, strzałkowy i piszczelowy wykazują zupełny odczyn zwyrodnienia. Odruch kolanowy prawy żywszy niż lewy, czego przyczyny należy prawdopodobnie dopatrywać się w porażeniu zginaczy uda. Skutkiem tego bowiem odpadło po tej stronie zupełnie przeciwdziałanie zginaczy, którego to przeciwdziałania w warunkach fizyologicznych nigdy tak zupełnie nie możemy wyłączyć. Odruchy Achillesowy i podeszwowy zniesione. Pnie nerwowe niebolesne. Chód powolny z silnem przechylaniem miednicy na bok i powłóczeniem kończyny prawej. Znieczulenie na dotyk,

ból, zimno i ciepło w zakresie następujących nerwów: n. cutaneus cruris posterior, n. peroneus superficialis i profundus, n. suralis, n. tibialis posticus, nn. calcanei, plantaris medius et lateralis (patrz schemat). W stopie i palcach zaburzenia czucia położenia.



L. rozpoznaje porażenie nerwu kulszowego, i to w miejscu po wyjściu jego ze splotu krzyżowo-kulszowego, a więc poniżej odejścia dolnego nerwu pośladkowego, a powyżej odejścia tych gałązek n. kulszowego, które unerwiają m. dwugłowy, półścięgnisty i półbłoniasty. W zakresie bowiem dolnego nerwu pośladkowego, jak i w zakresie wszystkich innych nerwów, odchodzących powyżej tego miejsca, niema żadnych porażeń. Co do samego charakteru porażenia, t. j. co do tego, czy nerw został przerwany, czy też tylko ugnieciony przez zwichniętą kość udową, a w następstwie dopiero uległ zwyrodnieniu, nic pewnego nie da się powiedzieć. W każdym razie wobec tego, że porażenie powstało odrazu po zwichnięciu i że mimo szybkiego odprowadzenia nie ustąpiło, przyjąć raczej należy przerwanie włókien nerwu kulszowego i zalecić dla odszukania tegoż nerwu zabieg operacyjny.

Dn. 20. I. dokonano w klinice chirurgicznej (prof. Kader) zabiegu operacyjnego. W znieczuleniu lędźwiowem (tropakokainą) przecięto skórę pionowo w linii łączącej górny tylny kolec biodrowy z guzem siedzeniowym (z tub. ischii). Po rozchyleniu brzegów skóry rozdzielono widoczny mięsień pośladkowy wielki w kierunku przebiegu jego włókien i po odsunięciu górnego brzegu w górę i na zewnątrz, a dolnego brzegu w dół i na wewnątrz, odsłonięto pień nerwu kulszowego wraz z miejscem wyjścia nerwu (z foramen infrapiriforme). Stwierdzono, że odcinek nerwu tuż poniżej otworu tego na przestrzeni 2 cm obrosły był tkanką bliznowatą i tą tkanką umocowany do kostnego brzegu otworu. Nerw jest na przestrzeni 2 cm wybitnie twardszy. Ograniczono się do zupełnego oswobodzenia nerwu z otoczenia i nacięcia zgrubiałej torebki w kilkunastu miejscach równolegle do długiej osi nerwu. Po rozcięciu nerwu w taki sposób okazało się, że wewnętrzne części nerwu przedstawiają się makroskopowo prawidłowo. (Myśl resekcyi zmienionej części nerwu upadła na razie z powodu niemożliwości następowego zbliżenia przekrojów, również i na plastykę nerwu sposobem Brunsa wydawało się brakować materyału). W ten sposób oswobodzony i ponacinany nerw okryto torebką, sporządzoną sposobem Feramitiego z worka przepuklinowego; torebkę zamknięto i do nerwu przymocowano zapomocą cienkich szwów katgutowych. Ranę na głucho zamknięto. (Według protokółu klin. chirurg.).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XVIII. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 9 (22) grudnia 1911.

Obecnych członków 28, gości 8. Przewodniczy prezes Prof. O. Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Prezes w imieniu Zgromadzenia wita w serdecznych wyrazach Dr Bolesława Skargę z powodu 50-letniego jubileuszu jego pracy lekarskiej, podając jednocześnie do wiadomości krótki życiorys jubilata. Dr Hattowski przemawia od »Sokoła polskiego«, a p. Piekarska od »Związku równouprawnienia kobiet« w Petersburgu. Jubilat w gorących wyrazach składa wszystkim obecnym, jak również i instytucyom, serdeczne podziękowanie.

I. Dr Jadwiga Bukowska: **Wrażenia z podróży na daleki Wschód.**

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentce podziękowanie za cenny i szczegółowy odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Dokonano wyborów nowych członków: rzeczywistymi członkami obrano inż.-techn. Konrada Krzyczkowskiego, inż.-pułkow. Grzegorza Borowskiego, inż. cywil. Hermana Rudzkiego i Dra Zofię Sadowską. 2) Macierz polska w Petersburgu zwróciła się do »Związku« z prośbą o przysłanie 2 delegatów w celu ogólnego omówienia projektu, w jaki sposób uczcić 100-letnią rocznicę Zygmunta Krasińskiego. Uproszono na delegatów p. Chrzanowskiego i Dra Suchorskiego. 3) Odezwę p. Stanisława Kalinowskiego, kierownika pracowni fizycznej Muzeum przemysłu i rolnictwa, skierowaną do »Związku«, uchwalono przesłać prezesowi Wydziału przyrodniczego. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż »Związek« otrzymał zaproszenie na mające się odbyć w d. 4. stycznia 1912 r. jubileuszowe posiedzenie Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu z powodu 50-letniego istnienia. Przedstawicielami »Związku« wybrano prof. Zaleskiego i prof. Ziemackiego. 5) Prof. Zaleski poleca Kalendarz lekarski polski Dra Polaka, wydany w Warszawie.

XVII. nadzwyczajne posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 22 stycznia (4 lutego) 1912.

Obecnych członków 65, gości 22. Przewodniczy prezes prof. O. Czeczott.

Prezes w imieniu »Związku« wita honorowego członka »Związku« prof. Dra Napoleona Cybulskiego (z Krakowa).

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Prof. Napoleon Cybulski wygłosił rzecz p. t. **O pochodzeniu prądów czynnościowych w mięśniach** (z pokazami świetlnymi).

Po skończonym odczycie prof. Merczyng zwraca uwagę na ważne znaczenie dla ostatecznego zbadania, iż podrażnienie mięśniowe wywołuje falujące zmiany różnicy potencyału; należałoby zamiast siły prądów mierzyć elektrometrem napięcie elektryczności w punktach mięśnia, gdyż przy mierzeniu prądu zauważone fale mogą być wynikiem pojemności obwodu. — Prelegent daje odpowiednie wyjaśnienia. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie.

W części administracyjnej posiedzenia: 29 grudnia 1911 odbył się jubileusz prof. Wołkowa, na którym złożono powinszowania od »Związku«.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 24. I. 1912.

Przewodniczy kol. Krusche. Sekretarz kol. Sonnenberg.

1. Kol. Maybaum przedstawił chorą, dotkniętą cierpieniem zwanem **chorobą Bantiego** (splenomegalia et cirrhosis hepatis). 24-letnia szwaczka, panna J., chora lat 3, skarżyła się z początku na ogólne osłabienie, potem zauważyła, że jej brzuch rośnie, wreszcie, że nogi puchną i chodzenie stało się utrudnione, oddech krótki, pracować nie mogła. W tym okresie choroby badanie wykazało brzuch nadmiernie wzdęty, dużą śledzionę, powiększoną wątrobę, wolny płyn w jamie brzusznej, obrzęk nóg, w moczu ślady białka i brak wałeczków, krwinek i nabłonków nerkowych. Chora wyjechała do Wiednia i blizko rok spędziła tam w szpitalach.

Badanie obecne wykazuje: Brzuch duży, jak w późnym miesiącu ciąży, śledziona duża, wątroba wyczuwalna, obrzęk nóg; wolnego płynu w jamie brzusznej niema. W moczu niema nic nieprawidłowego. Odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. Krew: oligochromemia (Hb 56), oligocytemia (3,800.000), leukopenia (5000). Ogólny stan lepszy.

Rozpoznanie choroby Bantiego opiera się na dużej śledzionie, powiększonej wątrobie, obrazie krwi. Różniczkowo wchodzą w rachubę: marskość wątroby Laenneca, kiła wątroby, białaczka rzekoma, gruźlica śledziony, zwyrodnienie skrobiowate, zimnica. (Streszczenie własne).

2. Kol. Chodźko przeczytał rzecz p. t. **O wartości rozpoznawczej płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach umysłowych.**

Badania płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskały wartość praktyczną dla psychiatryi dopiero z chwilą zastosowania do tegoż płynu odczynu Wassermanna i wprowadzenia ulepszonej techniki badania, a więc metody badania białka sposobem Nonne-Apelta, oraz kamery Fuchs-Rosenthala do liczenia ciałek płynu. Zapomocą całego szeregu badań ustalono, że dodatni odczyn Wassermanna występuje w 95—100% płynów w przypadkach porażenia postępującego, zaś w 10—12% płynów u chorych, dotkniętych kiłą mózgowo-rdzeniową i że nie występuje wcale w płynach u osób, nie dotkniętych sprawami kiłowemi albo parasyfilitycznemi układu nerwowego ośrodkowego; w rozpoznaniu różniczkowem psychoz tego pochodzenia od innych psychoz organicznych dodatni odczyn Wassermanna w płynie posiada zatem wartość rozstrzygającą. Odczyn globulinowy Nonne-Apelta, a mianowicie jego okres I, występuje w rozmaitym stopniu natężenia w 95—100% przypadków porażenia postępującego i w przeważającej większości przypadków kiły mózgowej, obok tego zaś w zapaleniu opon mózgowych, wodogłowiu, psychozach alkoholowych i miażdżycowych i t. p. »Pleocytoza« czyli powiększenie ilości pierwiastków morfotycznych płynu mózgowo-rdzeniowego ponad normę (5 komórek w 1 mm^3) występuje stale w płynach u chorych na porażenie postępowe, ilość komórek jednak nie jest niezmienna i podlega bardzo znacznym wahaniom, niezależnie od przebiegu klinicznego sprawy chorobowej; leczenie rtęcią może zmniejszyć ilość komórek w płynie. W płynach mózgowo-rdzeniowych z przypadków kiły mózgowej pleocytoza występuje nie tak często, jak w porażeniu postępującem. Wartość rozpoznawczą pleocytozy płynu mózgowo-rdzeniowego obniża ta okoliczność, że stwierdzono ją u 40% neurasteników i osób nerwowo zdrowych z kiłą w wywiadach, we wszelkich postaciach zapalenia opon mózgowych, w alkoholizmie, padaczce, a nawet w przypadkach otępienia wczesnego (28%). Badania histologiczne komórek płynu mózgowo-rdzeniowego nie dostarczyły dotąd żadnych cenniejszych wskazówek dla dyagnostyki psychiatrycznej.

Badania płynu mózgowo-rdzeniowego, dokonane w Kochanówce, dają wyniki zgodne z wnioskami większości autorów. Wywody swe objaśnia prelegent przez historye choroby (zaczerpnięte ze spostrzeżeń Kochanowieckich) tych przypadków psychoz, w których badanie płynu pozwoliło na ustalenie wahającego się rozpoznania albo sprostowanie błędnie postawionego.

Wnioski: 1) Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego pozwala na stanowcze odróżnienie psychoz kiłowych i porażenia postępującego z jednej strony od innych psychoz organicznych i od psychoz czynnościowych z drugiej — w przeważającej większości przypadków. 2) Odróżnienie psychoz kiłowych od porażenia postępującego na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego jest możliwe tylko w pewnej części przypadków. 3) W różniczkowaniu między psychozami kiłowemi a psychozami organicznemi i czynnościowemi u chorych na kiłę badanie płynu mózgowo-rdzeniowego często nie rozstrzyga wątpliwości. 4) Dla odróżnienia psychoz organicznych nie kiłowych od psychoz czynnościowych badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie daje żadnych rozstrzygających wskazówek. (Streszczenie własne).

3. Kol. Goldman pokazał **szpilkę usuniętą z pęcherza** kobiety przez cewkę.

Sekretarz: Sonnenberg.

Ze spraw szpitalnictwa.

Księga pamiątkowa, wydana przez Magistrat m. Warszawy, i szpitale warszawskie w jej oświetleniu.

W d. 1 listopada 1907 r. stał się fakt wielkiej doniosłości dla szpitali warszawskich — przejście tychże szpitali z pod władzy b. Rady miejskiej Dobroczynności publ. pod zarząd Magistratu m. Warszawy. Powstały przy Magistracie dla zarządzania sprawami szpitalnemi Wydział Dobroczynności publicznej w końcu roku zeszłego wydał »Księgę pamiątkową« czyli sprawozdanie ze swej działalności w ciągu dwu pierwszych lat (1908 i 1909).

Jest to obszerna księga, obejmująca 648 str. druku in quarto z licznemi tablicami. Zawarto tam historyę szpitali i zakładów dobroczynnych miasta Warszawy, stan ich w chwili przejścia pod zarząd Magistratu, przedsięwzięte lub zamierzone na przyszłość reformy i wreszcie właściwe sprawozdanie statystyczne. Na tak szeroką skalę zakrojone wydawnictwo zasługuje na wysokie uznanie z naszej strony, a to tembardziej, iż, jak powiedziano w przedmowie, Magistrat puszcza je w świat w przekonaniu, że »niezbędnym warunkiem należytego rozwoju szpitali i zakładów dobroczynnych jest jawność działania.« Do takiego stawiania kwestyi nie przyzwyczaiła nas b. Rada miejska Dobr. publ.

Opracowanie książki polecono specyalnej komisyi, w której przewodnictwo objął inspektor szpitali Dr Troickij. Komisya przelała redakcyę dzieła na Dra W. Męczkowskiego. Całe dzieło rozpada się na 11 bardzo nierównych co do objętości rozdziałów. Z tych trzy pierwsze rozdziały obejmują historyę szpitali warszawskich do chwili przejęcia ich pod zarząd Magistratu; dwa następne — opis tychże szpitali i instytucyi dobroczynnych w chwili omawianej zmiany zarządu; wreszcie sześć pozostałych rozdziałów stanowi właściwe sprawozdanie z działalności Magistratu w ciągu 1908 i 1909 r.

Pierwszy rozdział dzieła przedstawia w zwięzłej formie rozmaite przeobrażenia zarządu, jakim podlegały szpitale warszawskie od chwili swego powstania do czasów ostatnich.

Rozdział drugi nosi tytuł: »Stan finansowy i położenie szpitali warszawskich w czasie działalności Rady miejskiej

Dobroczynności publicznej«. Szkoda, że autorowie księgi nie rozwinęli szerzej historyi finansów szpitalnictwa warszawskiego i że nie cofnęli się nieco wstecz do czasów Rad opiekuńczych, ograniczając się tylko do okresu rządów Rady miejskiej (od 1870 do 1907 r.). Obraz historyczny rozwoju szpitalnictwa, choć krótko podany, wieleby zyskał, gdyby uwzględniono czasy, poprzedzające utworzenie Rady miejskiej. Materyały pod tym względem istnieją i są bardzo ciekawe i pouczające. Ale nawet w tym zakresie, jaki nakreślono w tytule, rodział drugi daje mniej, niż obiecuje. Przystępując do czytania tego rozdziału, spodziewamy się znaleźć tam przedewszystkiem wykaz tego, co otrzymała Rada miejska Dobr. publ. w r. 1870 od Rad opiekuńczych, a następnie choć krótkie dane odnośnie do tego, co zdołała przysporzyć Rada miejska dla dobra szpitali i instytucyi dobroczynnych m. Warszawy. Tylko zestawiając wykaz tego, co Rada miejska otrzymała, z tem, co po latach 37 oddała, można sobie wytworzyć dokładniejsze pojęcie o działalności tejże Rady. Zamiast tego cały rozdział mówi ogólnikowo o kłopotach finansowych, które spadły na Radę miejską po usunięciu społeczeństwa od spraw szpitalnych, i o nieudałych, często wprost nieudolnych próbach wybrnięcia z tych kłopotów. Wprawdzie rozdział czwarty i piąty, podając opis szpitali oraz ich majątku w chwili ich przejścia pod zarząd Magistratu, rzuca sporo światła na gospodarkę Rady miejskiej, ponieważ jednakże opis ten dotyczy tylko danego momentu, nie może przeto dostatecznie zobrazować całej finansowej działalności tejże Rady.

Następne trzy rozdziały (trzeci, czwarty i piąty) dotyczą samego aktu przejścia szpitali i instytucyi dobroczynnych z pod władzy Rady miejskiej Dobr. publ. pod zarząd Magistratu i podają dokładny opis funduszów oraz całego inwentarza.

Zaznaczyć należy, że tym razem do komisyi odbiorczej obok urzędników powołano także przedstawicieli społeczeństwa. Pod zarząd Magistratu przeszły: siedem szpitali ogólnych, pięć szpitali specyalnych, sześć przytułków położniczych, dziesięć zakładów dobroczynnych. Wszystkie te instytucye wniosły ze sobą kapitały w sumie 2,602.551 rb, i nieruchomości pod postacią folwarków, lasów, placów, domów dochodowych, szacowanych w przybliżeniu na 4 miliony rubli. Do tego należy jeszcze doliczyć zaległości kosztów leczenia na sumę bez mała 2 mil. rubli. Ogólną liczbę łóżek w szpitalach obliczono na 3008, a właściwie, po wyłączeniu miejsc dla umysłowo chorych, tylko na 2658.

Na szczególną uwagę zasługuje czwarty rozdział księgi, który się rozpada na dwie części. W pierwszej z nich znajdujemy poszczególne opisy każdego szpitala i zakładu dobroczynnego, z których to opisów każdy poprzedzono krótkim rysem historycznym i zakończono podaniem najważniejszych braków. W drugiej części mamy opisy folwarków, lasów i wogóle nieruchomości dochodowych, należących do omawianych instytucyi.

Pomimo wielkiej powściągliwości w kreśleniu tych opisów (zresztą zupełnie zrozumiałej w księdze urzędowej) człowiek, nie znający dokładnie stosunków, przy czytaniu tego złapałby się za głowę z podziwu, jak można było w ciągu lat bez mała czterdziestu w taki sposób prowadzić gospodarkę szpitali i zakładów dobroczynnych w Warszawie. A przecież tu podano tylko ostateczny wynik (zresztą bardzo oględnie kreślony) tej gospodarki. Właściwie o tem, jak w ciągu całego tego czasu gospodarowano w szpitalach, jak zużytkowywano ich fundusze bieżące, nawet mowy niema. Co się tyczy nieruchomości, to zaledwie ślady tej gospodarki znajdujemy w opisach poszczególnych folwarków, placów itd. Zresztą i tu do opisu nie mogło wejść to, co już przepadło. A przecież, jak to Dr Jakimiak wykazał, bez śladu w sprawozdaniach b. Rady miejskiej przepadały nietylko morgi ziemi, lecz podział się niewiadomo gdzie nawet cały folwark Kiczki o przestrzeni 503 morg. i 223 pręt.

Z Księgi pamiątkowej widać jedno: Magistrat objął w spadku inwentarz szpitali i zakładów dobroczynnych w stanie ogromnego upadku i dewastacyi. W szpitalach 1 łóżko przypada na 283 mieszkańców, gdy właściwie powinno ono przypadać najwyżej na 150 mieszkańców. Przestrzeń, zajmowana przez szpitale, często jest niewystarczająca. Tak np. w szpitalu św. Rocha stanowi ona zaledwie 23·5% powierzchni koniecznie potrzebnej, a 15·7% — pożądanej. Sale chorych ciasne, ciemne i źle wentylowane. Przeciętnie w tych salach braknie 30% wymaganej przez higienę powierzchni podłogi, 36% objętości i 46·7% powierzchni światła. Pod tym względem nawet najnowsze szpitale Dzieciątka Jezus i Starozakonnych nie odpowiadają wymaganiom, jako że są stale ponad normę i miarę przepełnione. Kąpiele są źle urządzone i w niedostatecznej ilości. Kamery dezynfekcyjne złe lub brak ich zupełnie. Uderza to zwłaszcza w szpitalu św. Stanisława (dla chorób zakaźnych); trudno się dziwić wobec tego, że w tym szpitalu, jak powszechnie wiadomo, chorzy po przebyciu jednego zakażenia nieraz zapadają na drugie, a nawet i trzecie, nabyte już na miejscu. Pralnie, urządzone źle, ciasne, bez wentylacyi, bez suszarni; przytem z wyjątkiem dwóch szpitali, posiadających urządzenia mechaniczne do prania bielizny, inne są obsługiwane »antiquo more« przez praczki.

Tak samo kuchnie szpitali warszawskich, jak mówi Księga, »nie odpowiadają ani wymaganiom higieny, ani wymaganiom racyonalnej gospodarki szpitalnej«. Dla dobrze urządzonej kuchni szpitalnej ta Księga stawia następujące wymagania: kuchnia szpitalna powinna się składać »a) z właściwej kuchni i z pokoju do niej przylegającego do podziału potraw; b) pokoju do przyrządzania potraw mięsnych i mącznych; c) pomieszczenia do czyszczenia jarzyn; d) z pokoju do mycia naczyń; e) ze składu na świeże produkty i f) z lodowni. Pożądanem jest, aby w pobliżu kuchni znajdowała się jadalnia dla służby szpitalnej [1]. Kuchnia, w której przygotowują się potrawy, powinna być widna, duża i dobrze wentylowana«.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Stosunki w Zakładzie kulparkowskim.

Lekarze Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie wnieśli do Wydziału krajowego następujące przedstawienie:

»Wysoki Wydziale krajowy! W przeciągu ostatnich miesięcy zdarzyły się w Zakładzie kulparkowskim następujące wypadki: 1. Chory Misiewicz postrzelił z rewolweru dozorcę i odebrał sobie życie. 2. Chory Świdnicki zabił chorego Dyma. 3. Chory Serafin wystrzelił czterykrotnie z rewolweru do Dra Mikulskiego. 4. Chory Janda zadał nożem w izbie przyjęcia 7 ran Dr Woszczyńskiemu.

Fakty te zmuszają niezwłocznie do podjęcia stanowczych kroków, któreby zapobiegały w przyszłości podobnym zajściom.

Jako znający dokładnie i bezpośrednio stosunki Zakładu, przedstawiamy Wysokiemu Wydziałowi krajowemu wszystkie źródła zła, których usunięcie uważamy za bezwzględnie konieczne.

I. Stosunek liczbowy lekarzy do chorych jest w Zakładzie naszym o wiele niekorzystniejszy, niż w jakimkolwiek innym zakładzie psychiatrycznym. Lekarz, który ma w swej opiece dwustu kilkudziesięciu ciągle zmieniających się umysłowo chorych, lub lekarz oddziałów obserwacyjnych i dozorowych o stu

[1]) Piszący to oczywiście pomieszał dwie rzeczy: jadalnię dla służby kuchennej i pralnianej, która to jadalnia powinna być tuż przy kuchni, oraz jadalnię dla służby oddziałowej, która z konieczności powinna być w pawilonie. Zwykle pawilon posiada kuchenkę i jadalnię dla chorych, w których jada i obsługa.

do stu kilkudziesięciu chorych nie jest w stanie ani znać dostatecznie chorych, ani zapewnić im opieki i pielęgnacyi, ani wogóle spełnić wszystkich ciążących na nim obowiązków.

II. Ilość służby pielęgniarskiej jest znacznie mniejsza, niż być powinna. Jeżeli służba ta ma spełniać wszystkie obowiązkowe swe czynności, jeżeli rozdział jej pracy ma być racyonalny i skoordynowany, to otwarcie powiedzieć należy, że zadanie to przy obecnej liczbie służby na ogromnej większości oddziałów jest niewykonalne.

III. Materyał służbowy, którym rozporządzamy, jest przeważnie najpośledniejszy. Swiadczy o tem fakt, że rokrocznie przesuwa się przez Zakład stu kilkudziesięciu dozorców i dozorczyń, którzy pobyt swój w Zakładzie uważają za przemijające schronisko, wskutek czego nie zależy im ani na Zakładzie, ani na służbie.

IV. Zakład kulparkowski wskutek ogromnego przepełnienia i braku koniecznych urządzeń nie jest w stanie spełniać w należytej mierze zadań swych jako zakładu leczniczego i pielęgniarskiego wobec chorych umysłowo w ścisłem tego słowa znaczeniu, mimo to internuje jeszcze liczny i rokrocznie zwiększający się zastęp degeneratów i umysłowo chorych zbrodniarzy, a więc ludzi w najwyższym stopniu niebezpiecznych dla otoczenia, dla których w stosunku do ich liczby niema prawie żadnych urządzeń.

To też zarówno lekarze, jak dozorcy i chorzy narażeni są ciągle na ciężkie uszkodzenia i wręcz na utratę życia, tak, że pełnienie służby w takich warunkach staje się niemożliwem.

Wobec tego czujemy się upoważnieni wystąpić z następującymi postulatami:

1. Etat lekarzy powinien być zwiększony do 17 tak, aby przecięciowo 1 lekarz wypadał na 100 chorych, co jest obowiązującą zasadą we wszystkich zakładach dla obłąkanych.

2. Etat służby powinien być zwiększony do liczby, odpowiadającej postanowieniu Wys. Sejmu t. j. tak, aby 1 dozorca przypadał na 6 chorych, a 1 dozorczyni na 7 chorych.

3. Celem dostarczenia Zakładowi odpowiedniego materyału służbowego należy zorganizować biuro pośrednictwa pracy, które obejmie to zadanie.

4. Należy ograniczyć przyjmowanie zbrodniarzy stosownie do urządzeń i możności Zakładu oraz kwalifikacyi psychiatrycznej; lekarzy zaś i służbę pielęgniarską objąć należy zabezpieczeniem od wypadku i na życie«.

Sprawą kulparkowską zajmowała się także Sekcya neurologiczno-psychiatryczna Tow. lekarskiego lwowskiego na posiedzeniu w dniu 18. kwietnia i uchwaliła po dłuższej dyskusyi przesłać do Wydziału krajowego następujące rezolucye:

»1) Opieka nad umysłowo chorymi znajduje się w Galicyi w stanie zupełnego zaniedbania i to tak dalece, że w Galicyi przypada obecnie 1 łóżko dla umysłowo chorych na 4.500 mieszkańców, gdy stosunek ten w krajach Europy środkowej wynosi 1:200 — 800.

Zaradzenie temu stanowi, przynoszącemu ujmę jedynej polskiej autonomicznie rządzonej dzielnicy, jest rzeczą piekącej potrzeby i wymaga szerokiej i po obywatelsku pojętej akcyi społeczno-humanitarnej, zdążającej do budowania nowych zakładów dla umysłowo chorych.

2) Jedyny w kraju zakład dla umysłowo chorych w Kulparkowie jest nad miarę przepełniony i znajduje się w warunkach zupełnie wyjątkowych pod względem ilości, ruchu i rodzaju chorych. Wyjątkowe to stanowisko Zakładu kulparkowskiego wymaga nieodwołalnie również wyjątkowych i daleko poza normę innych zakładów tego rodzaju sięgających zarządzeń zaradczych, dotyczących przedewszystkiem regulacyi stosunków służbowo-lekarskich i pielęgniarskich.

Zakład kulparkowski nie może podołać w obecnych warunkach obowiązkowi internowania umysłowo chorych zbrodniarzy; dowodem tego są wypadki ostatniego roku, które będą się niewątpliwie w przyszłości powtarzać i prędzej lub później muszą spowodować zupełną dezorganizacyę zakładu. To też szczególnie ważną kwestyą jest konieczność wyłączenia chorych umysłowo zbrodniarzy z pośród innych zakładowych, co da się przeprowadzić jedynie tylko przez energiczny nacisk władz krajowych na rząd centralny o stworzenie specyalnych zakładów dla tej kategoryi chorych.

4) Lekarzom zakładu kulparkowskiego, pracującym z narażeniem życia w szczególnie ciężkich i zupełnie wyjątkowych warunkach, wyraża się za wytrwałość ich i poświęcenie uznanie, ofiarom zaś anormalnych stosunków zakładowych, czcigodnym kolegom Mikulskiemu i Woszczyńskiemu, szczere współczucie«.

Rezolucye te przedłożono także Tow. lekarskiemu lwowskiemu i Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej do uchwalenia i poparcia. (»Głos lekarzy« Nr 9).

Sprawa szpitala św. Ludwika i kolonii w Rabce.

Sprawa krakowskiego Szpitala dla dzieci i kolonii dla dzieci zołzowatych w Rabce, mająca znaczenie nietylko miejscowe, jest czytelnikom »Przeglądu lekarskiego« znana z poprzednich artykułów w tym przedmiocie. W Nrze 25 i 26 z roku zeszłego pomieściliśmy dokładne i autentyczne przedstawienie ówczesnego stanu sprawy przez twórcę obu instytucyi, o które chodzi, Czcigodnego prof. Jakubowskiego, a omawiając sanitarne sprawy sejmowe, zdaliśmy w roku bieżącym sprawę w kilku słowach ze stanowiska, zajętego przez Wydział krajowy galicyjski.

Ponieważ przyszłe losy tak ważnej instytucyi leczniczej i placówki pracy pedyatrycznej, jaką jest jeden z dwóch w kraju istniejących szpitali dziecięcych, oraz projekt stworzenia pierwszego w kraju, cały rok czynnego, sanatoryum dla dzieci zołzowatych i gruźliczych, mają wagę pierwszorzędną, przeto podajemy wiadomości o dalszym toku rzeczy dosłownie według niedawno ogłoszonego »XXXIX Sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie«.

Na zasadzie uchwały swego ogólnego Zebrania z d. 7. IV. 1911 wypowiedziało Towarzystwo Wydziałowi krajowemu dotychczasowe umowy co do leczenia w szpitalu św. Ludwika osesków i dzieci do lat dwunastu, przesyłanych ze szpitala krajowego św. Łazarza, za ryczałtowem ze strony kraju wynagrodzeniem. Terminem wypowiedzenia jest koniec roku 1913.

»Wypowiedzenie to przyjął Wydział krajowy do wiadomości pismem z dnia 13 czerwca 1911 L. W. 56.057, oświadczając, iż tem przyjęciem wypowiedzenia umów nie przesądza wcale obowiązku Towarzystwa prowadzenia nadal szpitala św. Ludwika i leczenia w nim dzieci, ani nie przesądza innych kwestyj prawnych, z tego obowiązku Towarzystwa wynikających. Również oświadczył Wydział krajowy, iż nie zamierza przedłożyć Sejmowi wniosku na odkupienie od Towarzystwa budynków szpitala św. Ludwika; wreszcie przypomina o obowiązku Towarzystwa zwrócenia funduszowi krajowemu pożyczki 20.000 kor., udzielonej na mocy uchwały Sejmu z dnia 10 stycznia 1874 r.«

»Jeszcze z początkiem roku 1910, poczyniwszy znaczniejsze wydatki (5.998 kor.) na adaptacye na oddziałach dla chorób zakaźnych w szpitalu św. Ludwika, wniósł Komitet Towarzystwa dnia 5 marca 1910 podanie do Wydziału krajowego o udzielenie odpowiedniej subwencyi na pokrycie poniesionych wydatków. Nie otrzymawszy żadnej odpowiedzi, gdy po upływie roku stosunki finansowe Towarzystwa jeszcze się pogorszyły, zwrócił się Komitet ponownie do Wydziału krajowego z prośbą o zasiłek. W podaniu, wniesionem dnia 12 kwietnia 1911 do L. 82, Komitet, opierając się na cyfrach statystycznych, stwierdził, że gdy w r. 1909 ogólna liczba dni leczenia w szpitalu św. Ludwika wynosiła 34.715 dni, to w r. 1910 podniosła się do 38.558 t. j. o 3.843 dni leczenia więcej. W ślad za tem zwiększyły się i wydatki, które z kwoty 62.883 kor. 50 h. w r. 1909 podniosły się w r. 1910 do 69.237 kor. 98 h., t. j. zwiększyły się o 6.354 kor. 48 h. Nadmierne zwiększenie się ilości dni leczenia, a w ślad za tem i wydatków, było naturalnem następstwem większego napływu chorych dzieci z nowo przyłączonych do Wielkiego Krakowa gmin przedmiejskich. Nadto miejski Urząd zdrowia, opierając się na przepisach sanitarnych, przynagla i zmusza rodziców ubogich do oddawania dzieci z chorobami zakaźnemi, a szczególnie ze szkarlatyną i dyfteryą w celu izolowania i leczenia do szpitala św. Ludwika«.

»Według umowy, zawartej z Wydziałem krajowym jeszcze w r. 1906, zobowiązało się Towarzystwo na lat trzy przyjmować i leczyć równocześnie na osobnych salach po dwanaście dzieci, dotkniętych szkarlatyną lub dyfteryą. Tylko w razie koniecznej potrzeby zobowiązało się Towarzystwo mieścić na pomienionych oddziałach osiemnastu chorych, który to obowiązek atoli miał ustać nawet przed upływem umowy (t. j. z końcem r. 1908) z chwilą, gdy Gmina m. Krakowa urządzi osobny szpital miejski dla chorób zakaźnych«.

»Tymczasem w r. 1910 zobowiązania te nietylko nie ustały, ale wśród zmienionych stosunków znacznie się zwiększyły. Oddział szkarlatynowy przez rok cały był bez przerwy przepełniony,

a liczba dni leczenia doszła do niebywałej cyfry 5.838. W szpitalu św. Ludwika z liczby 110 łóżek, przeznaczonych jest w stanie normalnym 12, t. j. jedna dziewiąta część dla oddziału szkarlatynowego. Z zamknięcia rachunków za r. 1910 okazało się, że w przecięciu utrzymanie dzienne jednego chorego wynosiło 1 kor. 79·5 hal., z czego wynika, iż na oddziale szkarlatynowym 5.838 dni łączyło się w przecięciu z wydatkami 11.479 kor., a więc pochłonęło jedną czwartą część z kwoty 42.000 kor., jaką Towarzystwo otrzymuje z funduszu krajowego na utrzymanie szpitala«.

»Opierając się na powyższych datach statystycznych, Komitet w podaniu swem upraszał Wydział krajowy o udzielenie jednorazowego zasiłku na wyrównanie nadmiernych wydatków, wynikających z przepełnienia oddziału szkarlatynowego, ewentualnie o podwyższenie dotychczasowego wynagrodzenia ryczałtowego za utrzymywanie chorych z kwoty 42.000 na 45.000 kor., jak również, aby Wydział krajowy ze swej strony wpłynąć raczył, aby jaknajprędzej zbudowany został szpital miejski w Krakowie dla chorób zakaźnych, a temsamem, aby Towarzystwo zostało zwolnione od wyjątkowego, nader uciążliwego, a dla chorych niekorzystnego obowiązku przyjmowania do szpitala św. Ludwika dzieci ze szkarlatyną w tak wielkiej liczbie, jak to miało miejsce w r. 1910«.

»Na powyższe podanie otrzymał Komitet w dniu 3 listopada 1911 (L. W. 50034/911) odpowiedź, iż dla braku odpowiedniego kredytu Wydział krajowy nie może uwzględnić prośby Komitetu o udzielenie zasiłku na wyrównanie nieprzewidzianych wydatków szpitala św. Ludwika, poniesionych w r. 1910, ani o podwyższenie ryczałtu za leczenie dzieci w owym szpitalu. Co zaś do prośby Komitetu o spowodowanie gminy miasta Krakowa do wybudowania miejskiego szpitala dla chorych zakaźnych — to Wydział krajowy oświadcza, że ingerencya w tej sprawie należy do kompetencyi c. k. władz politycznych«.

Przytoczone powyżej według Sprawozdania »Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci« fakta nie potrzebują chyba komentarzy.

Godzi się wspomnieć, że w swej kolonii Rabczańskiej, urządziwszy własne łazienki, które wydały w r. 1911 około 1500 kąpieli leczniczych (wody dostarczał właściciel Rabki, Dr Kaden, z nowo wywierconej studni solankowej za nizką cenę), podjąć pragnie Towarzystwo w roku bieżącym pierwszą próbę w kierunku sanatoryalnym, stwarzając nowy sezon wiosenny dla dzieci kalek z powodu gruźlicy, potrzebujących dłuższego leczenia.

Higiena na VI Zjeździe techników polskich.

Od komitetu I Zjazdu zawodowego techników polskich, pracującego na polu budowy i higieny miast, otrzymujemy następującą odezwę:

»W myśl uchwały Stałej Delegacyi z dnia 10. kwietnia 1911 r. i 8. stycznia 1912 r. VI Zjazd techników polskich, który odbędzie się w czasie od 12 do 16 września b. r. w Krakowie, obejmie między innemi I Zjazd zawodowy techników pracujących na polu budowy i higieny miast. Komitet tego Zjazdu zwraca się do Kolegów, zainteresowanych w sprawach budowy, uzdrowotnienia i gospodarki naszych miast w dziale technicznym, z usilną prośbą o wzięcie udziału w Zjeździe i jego pracach. Poszczególnie poruszane będą tematy: 1) Budowa miast. 2) Kanalizacya. 3) Wodociągi. 4) Oświetlenie. 5) Nawierzchnia miejska. 6) Komunikacye miejskie. 7) Higiena miast (czyszczenie, walka z kurzem, z dymem). 8) Ogrzewanie i wentylacya. 9) Łaźnie publiczne (pralnie). 10) Szpitalnictwo. 11) Rzeźnie i targowiska. 12) Miejska gospodarka gruntowa (parcelacya). 12) Miasto jako przedsiębiorca (cegielnia, fabryki wyrobów betonowych etc.). 14) Administracya miejska w powyższych działach i udział w niej techników. — Wnioski i referaty zgłaszać można do 1. lipca 1912 r. Wszelkich informacyi udziela sekretarz Komitetu p. Inż. Jan Fiszer lub zastępca p. Inż. Stefan Szempliński, (Kraków, Magistrat, Budownictwo miejskie, Kanalizacya miasta).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 1. V. 1912 posiedzenie, na którem prof. Mięsowicz przedstawił chorą z »polycythaemia rubra«, prof. Majewski mówił o »Scotoma helieclipticum«, a Dr W. Skórczewski miał wykład o atofanie. W dyskusyi nad tym wykładem uczestniczyli: Dr Blassberg, Korolewicz i prelegent.

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła d. 27. IV. 1914 we Lwowie posiedzenie, na którem obradowano nad sprawą warunków wydawania kąpieli w Krynicy i nad udzieleniem koncesyi dla prywatnego zakładu leczniczego dla dzieci.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Jan Mossakowski rodem z Ciechanowa, Stanisław Radwan z Końskiego (Król. polskie) i Jan Zalewski z Warszawy.

— Jakaś »Akademia fizyczno-chemiczna w Palermo« rozsyła ponownie (jak przed kilku laty) do lekarzy listy, proponując im uzyskanie dyplomu członka »honorowego«. Jeden z kolegów, który list taki otrzymał, zwrócił się do nas ze słuszną uwagą, że przed ową »Akademią« i jej propozycyami należy publicznie ostrzedz, jako przed zwykłem na wyzysk nieostrożnych obliczonem przedsiębiorstwem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. IV. do 27. IV. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 4 † —), krztuśca 4 (1), ospy wietrznej 4 (1), płonicy 12 † 3, odry 9 † 1 (1 † —), duru brzusznego 1 † — (5 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 5 † 4, ospy prawdziwej — † 1, wodowstrętu 1 † — (1 † 1), zapalenia ślinianek 4, zapalenia nagm. opon mózg (1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie wręczyło Prof. Dr Dmochowskiemu, przenoszącemu się do Lwowa, na posiedzeniu nadzwyczajnem w d. 21. IV. b. r., adres z podziękowaniem za jego działalność na stanowisku wiceprezesa Towarzystwa.

— Towarzystwo naukowe warszawskie otrzyma[illegible] funduszów, zapisanych przez ś. p. Annę Bothe i pozosta[illegible] dyspozycyi p. Anieli z Bagińskich Kucharzewskiej, [illegible] rubli na ogólne cele Towarzystwa. Dar powyższy ma tem większe znaczenie, że wpłynął w chwili organizowania Instytutu biologicznego, kiedy Towarzystwo ma przed sobą znaczne wydatki na koszta założenia i uposażenia pracowni naukowych.

— Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego dnia 18. IV. 1912 przedstawiono m. i. komunikaty następujące: p. Ryszarda Hertza: »O pochodzeniu komórek plazmatycznych« (przedstawił p. Wł. Janowski); p. J. Tura: »Spostrzeżenia nad owotomią wewnątrzjajnikową u ssaków«.

— »Wieczór dyskusyjny« w »Stowarzyszeniu lekarzy« w d. 17. IV. 1912, zagajony przez dr. Kopczyńskiego, miał za temat higienę pracy umysłowej w zastosowaniu do zawodu lekarskiego (Gaz. lek. 17).

— Wszechsłowiański Zjazd higieniczno-społeczny w Petersburgu odłożony został na r. 1913, z powodu, jak donosi »Gazeta lekarska« (17), spóźnienia się wypłaty subwencyi rządowej dla Zjazdu. Sprawę języka małoruskiego (ukraińskiego) na Zjeździe rozstrzygnięto niedawno przychylnie, zastrzeżono zaś, że żadne demonstracye polityczne ani też rozprawy o polityce na Zjeździe nie będą dopuszczone.

— Warszawskie Towarzystwo higieniczne ogłosiło w »Zdrowiu« (Z. 4.) sprawozdanie swoje za r. 1911. W roku tym urządzono Zjazd higieniczny w Kaliszu i przygotowano Zjazd we Włocławku, udzielono zasiłków na 3 łaźnie ludowe i popierano sprawę urządzenia kąpieli dla pątników w Częstochowie, zorganizowano oddział Towarzystwa w Sosnowcu, wypracowano opinię o organizacyi szczepienia krowianki (dla Koła polskiego w Dumie), o państwowej pracowni higienicznej, o zaopatrzeniu miasteczek i wsi w wodę i o ich asanizacyi, udzielano informacyi rozmaitym instytucyom, rozesłano kwestyonaryusz w sprawie higieny miast, rozdzielono (przez Kółka rolnicze i Koła ziemianek) parę tysięcy broszur popularnych. W 7 Wydziałach Towarzystwa odbyło się 27 wykładów i rozpraw. Organ Towarzystwa »Zdrowie«, pod redakcyą Dr J. Jaworskiego, wydał na 916 stronnicach 32 artykuły oryginalne (oprócz 12 wstępnych), 103 referaty i mnogie wiadomości drobniejsze. Komitet badania i zwalczania raka ogłosił konkurs na pracę o wczesnem rozpoznawaniu raka i poruszył sprawę walki z rakiem na XI Zjeździe lek. i przyr. Czynnych oddziałów prowincyonalnych miało To-

warzystwo 9. W ogrodach im. Raua w Warszawie było 770.841 »uczęszczań« (obecność jednego dziecka na jednej grupie ćwiczeń, zabaw, na nauce pływania i t. d.), wogóle zaś w ostatniem dziesięcioleciu 5.291,513. Wydatki ogrodów Raua wyniosły 16.228 rb., majątek wynosi 327.597 rb. Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala zwiększył swą działalność w zakresie zabiegów higienicznych i porad leczniczych; spadła zaś ilość wydanych kąpieli i zmniejszyła się działalność »kropli mleka«. Wydatki instytutu Lenvala doszły 11.410 rb., majątek wynosił 100.912 rb. W sanatoryum w Rudce leczono 185 chorych przy dziennym koszcie 2·26 rb. na głowę. Sanatoryum wymaga koniecznie rozszerzenia (na jeden wakans oczekiwało w r. 1911 średnio 30 kandydatów, przeciętnie po 38 dni) kosztem około 100.000 rb., na co komitet ma jednak dotąd tylko 16.000 rb. Wydatki sanatoryum wynosiły 56.848 rb. (niedobór 4864 rb.), bilans zamknięto cyfrą 385.537 rb. Towarzystwo miało w r. 1911 (w Warszawie i na prowincyi razem) 309 członków rzeczywistych i 86 zwyczajnych.

— Nagrodę konkursową miesięcznika »Zdrowie« (im. Dra A. Sokołowskiego) za pracę: »Higiena zagrody wiejskiej i najodpowiedniejsze typy mieszkań służby folwarcznej« przyznano inż. Tuliszkowskiemu z Warszawy.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze w Lublinie otrzymało wspaniały dar. Kanonik ks. Szyszkowski ofiarował Towarzystwu swą posiadłość »Park-Łukawka« w okolicach Nałęczowa, złożoną z 40 morgów ziemi, parku, pałacu, dwu domów mieszkalnych i budynków gospodarczych.

— W Częstochowie kończy się kosztem klasztoru budowa gmachu, zawierającego trzy kuchnie ludowe i 9 sypialni po 100 łóżek na bezpłatne noclegi dla pątników.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 8. IV. do 29. IV. 1912 przypadków: ospy 9, płonicy — † 2, duru osutkowego 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W organizacyi czasopiśmiennictwa lekarskiego uczynili Czesi znowu wielki krok naprzód, wyprzedzając zarówno nas, jak i wiele innych narodów, gdzie sprawa ta [illegible]magałaby uregulowania. Mianowicie w ostatnich dniach [illegible] połączenia miesięcznika »Lekarské rozhledy« z »Ča-s[illegible]českych lekaru«. Miesięcznik ten wychodzić będzie odtąd jako dodatek do »Casopisu«, który w ten sposób stał się ogólnem ogniskiem czasopiśmiennictwa fachowo-lekarskiego. »Lekarskie rohledy« zachowują swoją samodzielność pod względem redakcyjnym, przekształcając się w pismo, poświęcone medycynie doświadczalnej i biologii. Redagować je będą profesorowie Babak, Honl, Lhotak z Pragi i Studnička, profesor politechniki w Bernie

— VI. Zjazd międzynarodowy dla elektrologii i radyologii lekarskiej odbędzie się 24 do 31 lipca b. r. w Pradze. Wiadomości udzielają prof. Hynek i prof. Slavik (sekretarz generalny, Praga, Ovocny trh. 11) i Dr Zanietowski (delegat dla Polski, Kraków, Batorego 1).

Mianowani: Dr Wieland profesorem pedyatryi w Bazylei.

Dr Wł. Janczewski pomocnikiem lekarza naczelnego, a Dr Br Szymański młodszym lekarzem w zakładzie położniczym św. Zofii w Warszawie; Dr T. Dzierzkowski asystentem zakładu patologii ogólnej w Krakowie.

Zmarli: neurolog prof. Seeligmüller w Halle;

Dr. Rudolf Wiesel w 25 r. ż. w Warszawie; Dr Henryk Żukowski, ziemski lekarz powiatowy, w Starym Konstantynowie na Wołyniu w 54 r. ż. (na dur plamisty); Dr Michał Faytt w 62 r. ż. w Siedlcach.

Internista Doc. Calabrese w Neapolu, dermatolog prof. Möller w Stockholmie, internista prof. Pribram w Pradze; prof. Unverricht w Magdeburgu, chirurdzy prof. Gies w Rostocku i prof. Ström w Christianii.

Sprostowanie. W pracy prof. K. Kleckiego p. t.: »O wpływie emanacyi radu na fagocytozą mikrobów« w Przegl. lek. Nr 16 z r. b. należy sprostowac następujące błędy:

Str.	Szpalta	Wiersz	Zamiast	ma być
287	II.	przedostatni	100104.6	1001046
288	II.	11	11053.25	1105325
288	II.	5 i 6 od dołu	będące	leżące
291	I. i II.	tablice		przestawić ich porząd.
291	I.	1-ej tablicy	132	133
292	II.	7	prążka	prątka
293	II.	12 od dołu	charakterystyczne	chemotaktyczne

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1912:

Gazeta lek. Nr. 14—18: E. Bruner: Naevus anaemicus (14). — Klejn (dok. 14—16). — Puławski: Jod i tyreoidyna jako czynniki wywołujące chorobę Basedowa u osób dotkniętych wolem (15). — Rzętkowski: O azotemii (16—17). — Wretowski: Przypadek ostrego żółtego zaniku wątroby (16). — Szmurło: Przyczynek do kwestyi błonicy ucha środkowego, przebiegającej pod postacią zwykłego ropienia (17—18).

Medycyna i Kronika lek. Nr. 14—18: W. Sterling i Jermułowicz: O wartości leczniczej hektyny w przymiocie (14). — Bruner (dok. 14). — Halpern: Przypadek chłonicy niebiałaczkowej (15). — Antecki i Zakrzewski: O wpływie pituitryny na przebieg rzucawki porodowej (15). — Meyerson: O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego (16). — Hertz: W sprawie ziarnicy złośliwej (granulomatosis maligna) (17—18). — Mamrot: Przyczynek do nauki o t. zw. owrzodzeniach Bednara (17).

Tygodnik lek. Nr. 14—17: Skórczewski i Sohn (dok. 14).— Klarfeld (c. d.). — Rothfeld: O wpływie ostrego i przewlekłego zatrucia alkoholem na czynność narządu przedsionkowego (15).— Nowicki: Badanie anatomo-patologiczne nad wpływem śródżylnie wprowadzonych wyciągów części przedniej i tylnej przysadki mózgowej na niektóre narządy królika (16—17). — Hornowski: O śmierci nagłej w związku z zaburzeniami w czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu (17—18).

Nowiny lek. Nr. 4: Simon: Rzut oka na współczesny stan nauki o dnie i artrytyzmie. — Hornowski: O wzajemnym stosunku grasicy i nadnercza, jako gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i o ich stosunku do układu współczulnego. — Karwowski: Rentgenoterapia w ginekologii. — Kraszewski: Cukry w wydzielinach ludzkich. — Łazarewicz: O krwawieniach t. zw. endometrytycznych.

Przegląd pedyatryczny, Tom IV. Z. 1: Czaplicki: Własności lecznicze sublimatu. — Ostrowski: Wrodzone wady serca u osesków w świetle badań sekcyjnych. — M. Gromski: Dwa przypadki ropnia śledziony w przebiegu płonicy. — B. Czaplicki: Przypadek ropnia płucnego olbrzymich rozmiarów u dziecka.

Postęp okulist. Nr. 3: Rosenhauch: O brodawczakach rąbka rogówki. — Wicherkiewicz: Kilka uwag w sprawie pochodzenia t. zw. brodawczaków rogówkowych.

Zdrowie Z. 4: Otto: O zabójczem działaniu alkoholu na narządy wewnętrzne. — Skalski: Trzynastolecie monopolu wódczanego. — Inż. Dudrewicz: Mechaniczne filtry dla wody do picia dla wodociągów miejskich. — Bregman: Ruchoma wystawa przeciwalkoholiczna w Królestwie Polskiem w r. 1909—1911. — Zawadzki J.: Miasta nasze w świetle ankiety.

Przegląd higieniczny Nr. 5: Inż. Fonferko: Ozonizacya wody i powietrza.

Nasze Zdroje Nr. 7—8: Pierwsze subwencye (7). — Kozłowski: O odżywieniu normalnem w zakładzie leczniczym w Ojcowie (7—8).—Nadolski: Krytyka dotychczasowych ujęć zdrojów mineralnych w naszym kraju (7). — Projekt ustawy wodnej (7). Nauczycielstwo ludowe z prośbą do zdrojowisk (7). — Zdrojowiska nasze w Radzie Państwa (7). — Zdrojownictwo polskie za granicą. (8). — Kubik: Piękno naszych zdrojowisk (8). — Utworzenie Sekcyi przemysłowej w łonie Związku zdrojowisk i uzdrowisk (8). — W sprawie kompetencyi kraj. komisyi dla spraw przemysłowych (8). — Projekt nowej ustawy zdrojowej na Węgrzech (8). — Zdrojownictwo we Francyi (8).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr. 2. Supiński: Roczne sprawozdanie zdrojowiska Rabka za r. 1911. — Ochrona Tatr.

Słowo lek. Nr. 7—8: Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi (c. d.) — Luster (c. d.). — Bednarski: Stosunki zdrowotne w gminach wiejskich (7). — Mączka: Wezwanie (7). — Doctor's Revolt (7). — Doboszyński: Testament ś. p. Michała Szydłowskiego (7). — W sprawie emerytury lekarzy okręgowych. (8). — Luster (c. d.) (8). — Żydłowicz. Odpowiedź na odzew kol. Mączki. (8).

Głos lekarzy Nr. 8—9: W sprawie nadawania tytułu radcy »medycynalnego.« — Mikołajski: Lwowskie Towarzystwo ratunkowe. — Rozporządzenie wykonawcze do ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych. — Laufer: Kilka uwag o partactwie leczniczem. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi. — Uregulowa-

nie stosunku lekarzy do prywatnych zakładów ubezpieczenia od wypadków. — Stosunki w Zakładzie kulparkowskim. — Birkenfeld: W sprawie zatargu z Kasą chorych.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się dnia **25. maja 1912** o godzinie 6 wieczorem we Lwowie w lokalu Polikliniki powszechnej (ul. Lindego l. 5) z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wybór nowego Wydziału. 5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne Zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godz. $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. Dr Festenburg, przewodniczący.

Rok LI. Kraków, dnia 11. maja 1912. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O wynikach operacyi przetok moczowych

podał*)

Prof. Dr Stanisław Dobrowolski.

W ostatnich trzech latach operowałem 19 przetok moczowych, z tego 17 przypadków przetok pęcherzowo-pochwowych, lub pęcherzowo-szyjkowo-pochwowych, a dwie przetoki pęcherzowo-szyjkowe. Z tego wyleczyłem 18 przetok, a to 12 po zabiegu jednorazowym, 6 po zabiegu dwurazowym; niewyleczona została chora, która obok rozległej przetoki pęcherzowo-pochwowej okazywała także zupełne zniszczenie cewki moczowej.

Dla operacyi przetok, zdaniem mojem, podobnie jak dla wszystkich zabiegów plastycznych, nie można stwarzać żadnego typu, każdy przypadek przetoki należy operować stosownie do usadowienia, kształtu, oraz stosownie do właściwości tkanek okalających przetokę. Nie sposób okrwawienia i zeszycia przetoki stanowi o jej gojeniu się, lecz żywotność tkanek zeszytych.

Przed zeszywaniem przetok uwzględniam zawsze kilka zasad, i tak nigdy nie operuję przetok przed zupełnem ukończeniem połogu, to jest dopiero w 8 do 10 tygodni od porodu, podobnie też nie szyję przetok, których brzegi są zapalnie zmienione lub solami inkrustowane; te zmiany muszą być przed zabiegiem usunięte.

Przetoki pęcherzowo-pochwowe lub pęcherzowo-szyjkowo-pochwowe szyję zawsze w ułożeniu chorych na czworakach bez usypiania chorej. Powodzenie doraźnego zgojenia się przetoki zależy zdaniem mojem od starannego szerokiego okrwawienia brzegów, wycięcia doszczętnego wszelkiej tkanki bliznowatej, oraz zeszycia brzegów przetoki tak, by brzegi do siebie przylegały na szerokości jednego cm swobodnie bez żadnego napięcia.

Jeżeli istnieje choćby najmniejsze napięcie, trzeba zdala od przetoki zrobić boczne nacięcia ścian pochwy, które pozwolą na zwolnienie brzegów; o rany powstałe przez to nacięcie zupełnie się nie troszczę, przygajają się one same.

Brzegi przetoki szyję drutem srebrnym lub bronzowym dosyć grubym, szew nie przechodzi nigdy przez ściany pęcherza. Po zabiegu chora leży z cewnikiem na stałe przez 10 dni na tym boku, po którym przetoki nie było. Pęcherz przestrzykuję tylko wtedy, gdy mocz jest krwawy lub mętny. Cewnik usuwam po 10 dniach, szwy po 12 dniach.

Przetoki wysoko ułożone, gdzieby okrwawionej przetoki nie można pokryć ścianami pochwy, operuję inaczej. Chora leży w ułożeniu jak do cięcia kamienia, a wtedy może być już uśpiona, rozcinam u niej sklepienie pochwy na wysokości przetoki, oddzielam pęcherz od ściany szyjki macicznej, wycinam blizny na brzegach przetoki, poczem otwór w pęcherzu zaszywam szeregiem szwów węzełkowych jedwabnych. Następnie szeregiem szwów srebrnych lub bronzowych przyszywam brzeg przeciętego sklepienia do szyjki macicznej powyżej otworu w ścianie szyjki, pozostałego po przetoce, o który to otwór zupełnie się nie troszczę.

W przypadkach wreszcie bardzo wysokiego usadowienia przetoki pęcherzowo-szyjkowej operuję z cięcia brzusznego — przecinam otrzewnę fałdu pęcherzowo-macicznego, oddzielam pęcherz wraz z przetoką od szyjki macicznej, otwór w pęcherzu po wycięciu blizn z brzegów jego zeszywam szeregiem szwów jedwabnych węzełkowych, zeszytą ranę pokrywam otrzewną i tutaj ją przymocowuję, poczem wytwarzam nowy fałd pęcherzowo-maciczny z otrzewnej.

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. A. Rosner).

Włókniak śródotrzewny więzadła obłego macicy.

Podał *)

Dr Józef Schlank,

asystent kliniki.

Guzy więzadeł obłych są już oddawna znane, jakkolwiek piśmiennictwo wykazuje tylko nieliczne opisy, a i te nie są bardzo dokładne.

Pierwsze opisy guzów więzadeł obłych spotykamy w dziele Virchowa »Die krankhaften Geschwülste«, w którem przytacza przypadek opisany przez Waltera (Museum anatomicum Berol., 1805 p. 422, Nr 2160 1334), jako białawy kamyk, który usunięto z prawego więzadła obłego u 36-letniej kobiety; osądzono, że to jest zwapniały włókniak. Znacznie później, bo w r. 1865 Spencer Wells ogłosił 2 przypadki operowanych guzów więzadła obłego. Obydwa

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

guzy były wielkości pomarańczy. Większą pracę w tym kierunku ogłosił Sänger, który zebrał z piśmiennictwa 12 ogłoszonych przypadków.

Sänger podzielił guzy więzadła obłego na 3 grupy stosownie do ich usadowienia się wzdłuż jego przebiegu i tak: 1) na guzy leżące śródotrzewnie, t. j. od przyczepu więzadła obłego do macicy do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego; 2) na guzy leżące śródkanałowo t. j. w kanale pachwinowym; 3) na guzy wychodzące z więzadła obłego, leżącego już po wyjściu z kanału pachwinowego.

Guzy więzadła obłego mają zwykle charakter łagodny i mają po największej części wychodzić z więzadła obłego prawego. Wydarzają się częściej u wieloródek niż u pierwiastek. Stąd przypadek, ogłoszony przez Hasenbalga, zasługuje na wzmiankę, gdyż włókniak ten wychodził z więzadła obłego po stronie lewej i rozwinął się był u dziewicy.

Weber opisuje przypadek utkania mięsakowego.

Włókniaki więzadła obłego leżące śródotrzewnie są o wiele rzadsze, niż śródkanałowe i po wyjściu z niego leżące. Z piśmiennictwa, o ile mi było dostępne, na 80 przypadków włókniaków więzadła obłego 19 tylko było śródotrzewnych. Włókniaki te ze względu na swoje ukryte usadowienie i powolny rozrost o wiele później bywają spostrzegane i tem samem operowane.

Włókniaki te są o wiele większe, niż włókniaki leżące pozaotrzewnie. Guzy te sadowią się przeważnie tuż koło macicy, jak widzimy z pracy Hasenbalga, Kleinwächtera, Schrödera, Ulesko-Stroganowej, Amanna, Claisse, Vossmera, po największej części są one tak duże, że trudno określić punkt wyjścia tego guza. Co do rodzaju włókniaków, to znane są różne postacie włókniaków: włókniaki, włókniakomięśniaki i mięśniaki z rozszerzonemi naczyniami chłonnemi i tych jest najwięcej, gdyż na 19 opisanych w piśmiennictwie było ich 14.

Również i ja miałem sposobność spostrzegać przypadek włókniaka więzadła obłego, leżącego śródotrzewnie, operowanego w naszej klinice. Należy on do rzadkości ze względu na swoją wielkość, którą przewyższa wszystkie dotąd ogłoszone.

Największy włókniak więzadła obłego opisał Kleinwächter; ważył on 1780 g., wymiar 16×18, budowę miał włóknistą. Przed operacyą był rozpoznany jako guz jajnikowy (Zeitsch. für Geburt. und Gynaecol. VIII, 1882) Amann opisał włókniaka wielkości głowy męskiej.

Poniżej przytoczę pokrótce historyę choroby naszego przypadku:

B., l. 36, l. hist. choroby 87, r. szk. 1909/10, zgłosiła się do ambulatoryum klinicznego dnia 23/III 1910, podając, że od 7 lat rośnie jej brzuch. Oprócz uczucia ciężkości, na inne bóle się nie uskarża. Jest wieloródką, porody siłami natury, połogi prawidłowe. Miesiączki regularnie co 4 tygodnie, bezbolesne, nieobfite. Badanie wykazało, że jest to kobieta dobrze zbudowana i dobrze odżywiona. Narządy klatki piersiowej prawidłowe. Brzuch nadmiernie powiększony, obwodu 104 cm. Przyczyną powiększenia jest guz o konsystencyi mięsistej, wychodzący z miednicy małej, mało ruchomy. Guz ten wypełnia całą jamę brzuszną. Badanie przez pochwę i kiszkę stolcową nie wyjaśnia sytuacyi, gdyż z powodu jednostajnego mięsistego oporu, wyczuwalnego przez wszystkie sklepienia, nie można orzec, skąd ten guz wychodzi. Macicy osobno wybadać nie można. Mocz prawidłowy. Ciepłota 36·7, tętno 88.

Rozpoznanie kliniczne wahało się między guzem wychodzącym z macicy a mięśniakiem jajnikowym.

24. III. 1910 operacya wykonana przez prof. Rosnera, w znieczuleniu lędźwiowem; wstrzyknięto 2% tropakokainy 0·08. Znieczulenie zupełne. Cięciem podłużnem w linii środkowej, długości mniej więcej 20 cm, otwarto jamę brzuszną. Po otwarciu znaleziono guz zbitości elastycznej, wypełniający prawie całą jamę brzuszną, leżący częściowo śródotrzewnie, wychodzący z więzadła obłego prawego. Macica przesunięta w zupełności na stronę lewą, leży na boku na tym guzie. Przydatki prawidłowe.

Operator naciął otrzewnę dokoła guza i starał się ten guz wyłuszczyć, (co do pewnego stopnia dosyć łatwo się udało), mając ciągle na oku moczowód, który biegł w pobliżu tylnej ściany guza. Kiedy guz ten był prawie w całości wyłuszczony z podłoża, natrafiono na gruby postronek. Postronek ten, w którym biegły naczynia tętnicze i żylne, był więzadłem obłem prawem. Po podwiązaniu więzadła guz wyłuszczono. Z podłoża nie było żadnego krwawienia. Jamę powstałą operator zmniejszył, zeszywając katgutem obydwie blaszki przeciętej otrzewnej. Jamę brzuszną zaszyto na głucho.

Guz zbitości chrząstkowatej, barwy białej, na powierzchni swojej gładki, tylko w miejscu, gdzie było więzadło obłe, lejkowate wciągnięcie. Guz ten ważył 4820 gr. Na przecięciu budowy jednostajnej włóknistej, a badanie drobnowidowe wykazało utkanie włókniako-mięśniaka.

Przebieg pooperacyjny ze względu na ranę laparotomijną zupełnie prawidłowy, rana zagoiła się doraźnie. Jednak nieprzyjemnem powikłaniem było obustronne zapalenie płuc i opłucnej, które po 4 tygodniach zupełnie ustąpiło. Operowana opuściła klinikę zupełnie wyleczona.

Przypadek ten ogłaszam ze względu na to, że dosyć mało ogłoszono w piśmiennictwie włókniaków więzadła obłego i że rozpoznanie ich przed operacyą napotyka na pewne trudności i we wszystkich przypadkach dotychczas ogłoszonych rozpoznanie kliniczne było zawsze błędne; rozpoznawano mianowicie przeważnie guzy jajnikowe. Dlatego też słusznie Emanuel radzi w takich przypadkach niejasnych myśleć obok innych guzów o guzach więzadła obłego macicy. Naturalnie trudności rozpoznawcze są tem większe, im większe są rozmiary guza w jamie brzusznej. Tylko przy zupełnie małych guzach można wykazać związek z więzadłem obłem. Wobec tego zrozumiałem jest, że w naszym przypadku o rozpoznaniu przed operacyą nie mogło być mowy, gdyż chodziło tu o największy znany dotąd guz więzadła obłego, przewyższający wagą blisko trzykrotnie nowotwór, opisany przez Amanna. W rozpoznaniu ważną rolę odgrywać będzie wykazanie przesunięcia macicy ku tyłowi i na bok, przemieszczenie pęcherza moczowego na bok i przyleganie guza do powłok brzusznych.

Literatura. 1) Amann jr. (Baumann) 2 Fälle von Fibromyom etc. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. December 1901. — 2) Blum A. Zur Pathologie des Lig. rot. Arch. f. Gyn. Bd. 35. — 3) Courant. Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten des runden Mutterbandes. Festschrift für Fritsch. Leipzig 1902. S. 219. — 4) Claisse. Fibromyome de la port. abd. etc. Annal. de gynec. 1900. — 5) Duncan. Fibrous tumour of the round lig. Edinb. Med. Soc. Med. Journ. 1876. — 6) Delbet et Heresco. Des fibromyomes de la port. abdom. etc. Rev. de chirurg. XVI. Paris 1896. — 7) Emanuel. Über Tumoren des Ligam. rotund uteri. Zeitsch. für Geb. u. Gyn. Bd. 48. — 8) Hasebalg. Fibromyom des Lig. rot. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 23. — 9) Hansemann. Demonstration. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34. — 10) Kleinwächter. Zeite schr. für Geb. u. Gyn. Bd. 8. — 11) Leopold. Beitrag zur Lehr-

von d. kyst. Unterleibsgesch. Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 16. — 12) Michaux. Fibrome de la port. abdom. du lig. rond. Bull. et mem. de la Soc. de chir. 1901 Nr. 6. — 13) Prang. Ein Fall von Fibromyom etc. Inaug. Diss. Königsberg i. Pr. 1900. — 14) Schröder. Verhandl. der Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin 9, Nov. 1883. — 15) Sänger. Weitere Beiträge zur Lehre von den prim. desm. Gesch. etc. Arch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 4. — 16) Ulesko-Stroganowa. Contribut. à l'étude des cyst. etc. 1897. — 17) Vosmer. Zur Pathologie des Lig. rot. uteri. etc. Arch. f. Geb. u. Gyn. 1891. — 18) Walter. Virchow: Die krankhaften Geschwülste (Museum anatomicum Berol. 1805 p. 422 Nr. 2160 (334) — Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 3, S. 222. — 19) Weber F. Über Tumoren des Ligam. rotund. uteri. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. B. 9. — 20) v. Winckel. Pathol. der weibl. Sexualorg. Leipzig 1881.

Zapiski lecznicze z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

(Dokończenie).

2. Hormonal.

Biologiczne badania z ostatnich lat pouczyły nas, że wzajemne oddziaływanie na siebie rozmaitych narządów powstaje nietylko za pośrednictwem układu nerwowego, ale że w poszczególnych narządach podczas przemiany materyi tworzy się także cały szereg istot chemicznych, które dostają się wprost do krwi i stąd bywają przenoszone do rozmaitych narządów, gdzie spełniają w prawidłowych warunkach fizyologicznych rolę bodźców, bądź drażniących i pobudzających, bądź też hamujących i osłabiających czynność danych narządów. Mają to być ciała o pewnym wzorze konstytucyjnym, jakkolwiek do dnia dzisiejszego znamy z bardziej skomplikowanych tylko jedno takie ciało pod nazwą adrenaliny, którą można syntetycznie otrzymać. Adrenalina działa nie na zakończenia nerwowe, ale na same mięśnie, — pogląd, który w ostatnich czasach całkowicie stwierdzają badania Holzbacha. Pogląd, że adrenalina działa specyalnie na zakończenia nerwów współczulnych, odpowiada pewnym teoryom, nie zaś faktom (Popielski).

Wszystkie te ciała objął angielski fizyolog Starling nazwą »hormonów«, on też jeden z pierwszych uzasadnił teoretycznie działanie fizyologiczne i znaczenie tych ciał dla ustroju. Nazwę hormon wziął z greckiego wyrazu ὁρμάω (t. z. drażnić lub pobudzać).

Według Starlinga każdy narząd wydziela taki hormon, który ma mieć specyalne działanie w ustroju. Oparty na zasadzie tych prac Starlinga i Baylissa znalazł G. Zuelzer w roku 1908 taki hormon, który wywołuje i wzmaga ruchy robaczkowe jelit. Hormon ten nazwał hormonalem. Według Zuelzera ma się ten hormon tworzyć w żołądku i to na wysokości trawienia, stąd drogą naczyń krwionośnych dostaje się do śledziony, gdzie zbiera się w większej ilości, śledziona jest więc niejako magazynem, który ma zawsze pewien zasób hormonalu. Zuelzer obecnie przyrządza hormonal ze śledziony. Wykazanie hormonalu w śledzionie nie jest pewne i badania jego nie stwierdziły jeszcze dotychczas, czy hormon ten już wytworzony w błonie śluzowej żołądka drogą naczyń krwionośnych dostaje się do śledziony.

To przypuszczenie, że hormony działają wprost na komórki w ustroju, przedstawiałoby istotne znaczenie dla leczniczego ich działania. Dlatego to porównał je Starling z działaniem alkaloidów. Porównanie to hormonalu, który wywołuje ruchy robaczkowe jelit, jest tem trafniejsze, gdyż posiadamy w fizostygminie środek, który podobnie działa na jelita jak hormonal, z tą jednakowoż różnicą, że po fizostygminie następuje skurcz tężcowy jelit, który się posuwa od dwunastnicy aż do prostnicy, hormonal natomiast naśladuje fizyologiczny wzmożony ruch robaczkowy jelit.

Popielski potępia całą tę teoryę Baylissa i Starlinga o hormonach, twierdząc, że ona nie ma żadnej realnej podstawy. Już Denks o tem wspominał, że powstawanie hormonalu według Zuelzera jest hypotezą. Popielski w swej pracy »Teorya hormonów i wyciągi z narządów« twierdzi, że ruch robaczkowy jelit otrzymuje się pod działaniem wyciągu z każdego narządu i że to jest zjawiskiem wtórnem, zależnem od obniżenia ciśnienia krwi, które jest pochodzenia obwodowego i następuje najprawdopodobniej z powodu porażenia zakończeń nerwów naczynioruchowych. Dalej badania jego i Sabatowskiego wykazały, że hormonal, w większej ilości podany, obniża znacznie ciśnienie krwi, co pochodzi od zawartej w nim wazodilatyny, która jest wytworem trawiennym białka z sokiem żołądkowym i trzustkowym. Wskutek tego występują także ruchy robaczkowe jelit.

Hormonal, wyrabiany przez Fabrykę przetworów chemicznych (przedtem E. Schering) w Berlinie, jest to płyn o zabarwieniu jasno-brunatnem, zapachem przypominający nieco kwas karbolowy, łatwo pieniący się z powodu baniek powietrznych, które na jego powierzchni się tworzą. Dawka jednorazowa hormonalu wynosi 20 gramów.

Dla dłuższego utrzymania przetworu i uchronienia go od zepsucia zawiera on jeszcze 0·4 trójkresolu. Dlatego to może on być stosowany jeszcze po 8 miesiącach bez szkody. Stosuje się go tylko w postaci wstrzykiwań śródmiąższowych i śródżylnych, a zawiera on jeszcze jako dodatek znieczulający 0·25 eukainy.

Według Zuelzera można stosować hormonal z dobrym skutkiem przedewszystkiem w przewlekłych zaparciach stolca, gdzie wedle podania jednorazowe wstrzyknięcie hormonalu nietylko sprowadza kilkakrotne dokładne wypróżnienie, ale równocześnie leczy długotrwałe zaparcie stolca, tak że chory zwykle przez kilka miesięcy, a czasami nawet dłużej, ma codziennie prawidłowy stolec. Dalej poleca Zuelzer podawać ten środek w stanach porażenia jelit, które to stany występują zwykle u chorych po zabiegach operacyjnych, lub ze schorzeniem rdzenia kręgowego. Wreszcie w uporczywym niedowładzie jelit, nie dającym się żadnym środkiem leczniczym usunąć, miał hormonal być stosowany z bardzo dobrym skutkiem.

Działanie hormonalu w przewlekłych zaparciach stolca tłumaczy Zuelzer w ten sposób, że prawidłowe wytwarzanie hormonów jest w tych przypadkach zmniejszone, a wstrzyknięty hormonal dostaje się drogą naczyń krwionośnych do jelit i jest bodźcem do zwiększonego wydzielania hormonu, lub też, bardziej prawdopodobną teoryą, że hormonal działa specyalnie na zwoje nerwowe brzuszne i w ten sposób pobudza ruchy robaczkowe jelit.

Wreszcie poleca Zuelzer wstrzykiwać hormonal jako środek rozpoznawczy w tych przypadkach chorobowych, gdzie nie ma pewności, czy zachodzi przewlekłe zaparcie stolca, czy też jaka mechaniczna przeszkoda n. p. uwięźnięcie, skręcenie jelit, lub wgłobienie. Jeżeli w takich przypadkach w jakiś czas po podaniu hormonalu zaczynają odchodzić wiatry, to można poczekać z zabiegiem operacyjnym; w przeciwnym razie hormonal ma mieć tę zaletę, że nie działa zupełnie szkodliwie na sprawę chorobową.

Ubocznego działania w następstwie wstrzyknięcia, prócz nudności i podniesienia ciepłoty czasami do 38°, nie zauważył Zuelzer nigdy. Hormonal jest według niego środkiem zupełnie pewnym i niewinnym, tak że z łatwością nawet śródżylnie można go stosować w praktyce prywatnej.

Henle, Unger i Saar zgadzają się w zupełności ze zdaniem Zuelzera, a Saar w swej publikacyi o hormonalu radzi wstrzykiwać go w godzinach porannych, by objawy

lekkie ubocznego działania, t. j. nudności i podniesienie ciepłoty, jakie czasami powstają, do wieczora ustąpiły.

Dopiero prace Mohra, Diltlera i Hessego osłabiły nieco zdanie Zuelzera, że hormonal jest środkiem zupełnie niewinnym. Wszyscy ci trzej autorowie mieli po wśródżylnem wstrzyknięciu 10—20 grm. hormonalu objawy ciężkiego zapadu, a w jednym przypadku, który opisuje Hesse, zapad był tak silny, (połączony ze znacznem obniżeniem ciśnienia) że dopiero adrenalina z fizyologicznym rozczynem soli, wstrzyknięta wśródżylnie, ocaliła chorego. Nawiązując do tego przypadku, przestrzega Hesse przed wstrzykiwaniem wśródżylnem hormonalu w praktyce prywatnej. A o ile taki zabieg ma być wykonany, należy przedtem donieść rodzinie o ewentualnych nieprzewidzianych następstwach.

W tutejszej klinice medycznej stosowano hormonal przez cały rok głównie w przewlekłych zaparciach stolca nawykowych (obstipatio habitualis), przy niedowładzie jelit (atonia intestinorum), wreszcie w stanie porażenia jelit (ileus paralyticus).

Dla ilustracyi działania przytaczam te przypadki, w których hormonal wstrzyknięty wśródmięśniowo działał skutecznie.

1. X. Y. robotnik, l. 60 liczący, przyjęty do kliniki z rozpoznaniem: Obstipatio habitualis, L. dz. kl. 282. Chory podaje, że od dni 14 nie miał stolca; wiatry odchodziły kilka razy codziennie. Środki przeczyszczające, jak olej rącznikowy, aloes, kaskara, nie sprowadziły wypróżnienia, z tego powodu zgłosił się chory do kliniki.

Stan obecny: Narządy wewnętrzne prócz miażdżycy tętnic odpowiadającej wiekowi i miernej rozedmy płuc zmian nie przedstawiały, tętno 82, miarowe, dobrze napięte. Brzuch miernie wzdęty; odgłos opukowy bębenkowy, sięgający po stronie lewej od pępka do trzeciego żebra; stłumienia wątrobowego niema z powodu odgłosu bębenkowego nad wątrobą. Nad pętlą esowatą i w dół aż do spojenia łonowego odgłos tępy, w tej okolicy można wyczuć wałek gruby, przy dotyku zmieniający zbitość. W moczu znaczna ilość indykanu.

Wobec tego wstrzyknięto śródmięśniowo w pośladek lewy 20 gramów hormonalu. W trzy godziny później podano łyżkę oleju rącznikowego, który wedle przepisu Zuelzera ma być środkiem pomocniczym dla hormonalu. W sześć godzin po wstrzyknięciu wystąpiły u chorego lekkie dreszcze, połączone z miernem podniesieniem ciepłoty (37·6). W miejscu wstrzyknięcia miał chory uczucie zdrętwienia, zresztą nie miał żadnych dolegliwości. W dwanaście godzin po wstrzyknięciu chory miał obfity stolec, poprzedzony silnymi wiatrami. Stolec ten ważył 2800 gr, był w całości papkowaty, bardzo cuchnący, w nim kilka twardych zbitych grudek wielkości jaja kurzego o zabarwieniu prawie czarnem, smołowatem. Kał badany chemicznie nie przedstawiał nic nieprawidłowego (krwi utajonej nie było). Od tego czasu podczas całego pobytu w klinice, t. j. przez 9 dni, codziennie stolec prawidłowy.

Po dziesięciu dniach chory opuścił klinikę z poleceniem, by się zgłosił po 2 miesiącach. Chory jednak nie zgłosił się. Wobec tego o dalszym stanie chorego nic nie wiadomo.

2. Drugi przypadek dotyczył kobiety, l. 37 liczącej, L. dz. kl. 162., która nagle dostała silnych bólów kurczowych w całym brzuchu, połączonych z odbijaniem się gazami, a później z wymiotami żółciowemi (według podania chorej). Z tymi objawami zgłosiła się chora do kliniki.

Stan obecny: Chora bardzo dobrze odżywiona o podściółce tłuszczowej, zwłaszcza na brzuchu, bardzo silnie rozwiniętej. Chora w całości nie sprawia wrażenia ciężkiego schorzenia; tętno przyspieszone, dosyć dobrze napięte, l. t. 100, język wilgotny, narządy wewnętrzne bez zmian. Brzuch w całości wdęty, nad jelitami wszędzie odgłos wysoki bębenkowy. Z powodu znacznej ilości tkanki tłuszczowej nie można było niczego wyczuć; okolica pętli esowatej przy dotyku miernie bolesna. Od czasu do czasu chora dostaje silnych napadowych kurczowych bólów, które trwają kilka minut. Stawiania się jelit nie można było zauważyć. W moczu niema nic nieprawidłowego. Rozpoznanie kliniczne: Adipositas majoris gradus, coprostasis.

Wobec tego zastosowano lewatywy zwykłe i wlewania głębokie zapomocą miękkiego zgłębnika z oliwą. Zgłębnik na wysokości 10 cm zatrzymał się i nie można go było głębiej wsunąć. Mimo tych zabiegów przez następną dobę wiatrów ani stolca nie było. Odbijania coraz częstsze, tętno szybkie, dochodziło do 150, ciepłota 38⁰. Jako »ultimum refugium« wstrzyknięto w lewy pośladek 20 cm³ hormonalu.

Wstrzyknięcie było zupełnie niebolesne. Oleju rącznikowego w tym przypadku w trzy godziny po wstrzyknięciu nie podano. Mimo to w osiem godzin po wstrzyknięciu odeszły bardzo obficie wiatry, a w godzinę później stolec, złożony ze zbitych i twardych grudek (pierwszy ten stolec był bardzo bolesny), następny stolec w godzinę później papkowaty, tego samego dnia jeszcze trzy stolce papkowate. Ciepłota wieczorna do 36·8⁰, tętno 68, miarowe. W dwa dni później chora opuściła klinikę.

3. Chory X. Y., l. 29, zgłosił się do kliniki z powodu bardzo dokuczliwych bólów głowy, które odnosił do przewlekłego zaparcia stolca. L. dz. kl. 307.

Stan obecny: Chory blady, apatyczny, w narządach klatki piersiowej niema nic nieprawidłowego. W moczu ślad białka (0·05⁰/₀₀) od czasu do czasu występujący. Badanie drobnowidowe moczu: Pojedyncze krwinki białe, płaskie nabłonki dolnych dróg moczowych, nieliczne kryształki szczawianu wapniowego, c. g 1·024; elementów nerkowych mimo kilkakrotnego badania nie znaleziono. Badanie krwi: Krwinek białych 5,400, krwinek czerwonych 4,800,000, Hb (Sahli) przy świetle dziennem 78⁰/₀. Badanie drobnowidowe krwi świeżej nie wykryło nic nieprawidłowego. Badanie krwi barwionej (metoda Jennera) wykazało odsetkowo większą ilość ciałek eozynochłonnych (8⁰/₀) Rozpoznanie kliniczne: Cephalgia, coprostasis albuminuria orthostatica.

Ponieważ mimo podania oleju rącznikowego i wody gorzkiej nigdy dokładnego wypróżnienia nie było, wstrzyknięto 15 cm³ hormonalu. W trzy godziny później podano łyżkę oleju rącznikowego. Po 12 godzinach stolec obfity, papkowaty. Od tego dnia codziennie stolec. Białka od czasu wstrzyknięcia hormonalu w moczu nie znaleziono, bóle głowy zupełnie ustały. Jak długo ten stan potrwa, na razie powiedzieć nie można; chory pozostaje nadal w obserwacyi klinicznej.

4. Chory X. Y., L. dz. kl. 52. z rozpoznaniem klinicznem: Nephritis chronica, diabetes mellitus, tabes dors. vel pseudotabes diabetica.

Chory od dnia przyjęcia, t. j. od 10 dni, mimo stosowania najrozmaitszych środków wypróżniających nie miał stolca. Między innymi stosowano podskórnie atropinę i pilokarpinę. Atropina nie wywarła żadnego skutku, po pilokarpinie zauważono nieznaczne stawianie się jelit i odeszło nieco wiatrów, stolca jednak nie było.

Dnia 2/III 1912 wstrzyknięto 20 cm³ hormonalu śródmięśniowo w pośladek lewy. W dziesięć godzin później stolec obfity, papkowaty, po kilku godzinach jeszcze dwa stolce.

Wstrzyknięcie było zupełnie niebolesne, ciepłota ciała prawidłowa, chory doznawał tylko przez kilka dni uczucia obcego ciała w miejscu wstrzyknięcia. Od czasu wstrzyknięcia przez 14 dni codziennie stolec bez żadnej pomocy. Po tym czasie stolec codziennie, ale skąpy; z tego powodu wstrzyknięto choremu 7 cm³ hormonalu śródmięśniowo. Po dziesięciu godzinach stolec obfity, bez wzniesienia ciepłoty i bez bolów.

Objawów anafilaksyi nie zauważono. W tydzień potem chory opuścił klinikę, z tego powodu dalsza obserwacya chorego odpadła.

5. Przypadek (L. dz. kl. 323) o tyle godny opisu, że wstrzyknięto hormonal śródżylnie do żyły ramieniowej.

X. Y., murarz, przyjęty do kliniki z powodu: Carcinomatosis peritonei.

Ponieważ chory skarżył się, że cierpi na zaparcie stolca, wstrzyknięto mu do żyły ramieniowej lewej 20 cm³ hormonalu. Prócz posmaku mydła, jaki chory uczuł tuż po wstrzyknięciu, nie było żadnych objawów ubocznego działania hormonalu. Chory czuł się zupełnie dobrze. W sześć godzin po wstrzyknięciu lekkie dreszcze, połączone z podniesieniem ciepłoty, która dochodziła do 37·8⁰. Po dwunastu godzinach stolec papkowaty, niebardzo obfity. Następnego dnia chory dalej skarżył się na uczucie pełności w jelitach. Podano 2 łyżki oleju rącznikowego, poczem w 4 godziny stolec obfity, papkowaty. W następnych dniach zaparcie stolca, jak przedtem, wobec tego musiano dalej od czasu do czasu stosować najrozmaitsze środki wypróżniające. Uwagi godne u tego chorego było ciśnienie krwi, które mierzono przyrządem Riva-Rocciego tuż przedwstrzyknięciem i w sześć godzin po wstrzyknięciu. Stwierdzono przytem pewne wahanie w ciśnieniu krwi, i tak przed wstrzyknięciem ciśnienie wynosiło 136 m.m Hg, a po wstrzyknięciu w sześć godzin i dnia następnego wynosiło 110 m. m. Hg.

W innych przypadkach zaparcia stolca, w których stosowano hormonal, nie można było stwierdzić należytego i trwałego skutku po tym środku. Co do tego, czy hormonal raz wstrzyknięty działa istotnie nietylko wypróżniająco, lecz także i leczniczo na przewlekłe zaparcie stolca, nie można z tych kilku przypadków nic stanowczego orzec, gdyż u większej części chorych wcześniej czy później zaparcie stolca powracało.

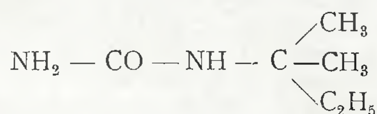
Hormonal można (wobec wyżej opisanych przypadków) stosować w przewlekłych zaparciach stolca, które często klinicznie przedstawiają się jako t. zw. niedrożność jelit (occlusio interna), jakoteż w stanach porażenia jelit.

Piśmiennictwo. 1) G. Zuelzer. Berliner klin. Wochenschr. 1908. Nr. 46. 2) Saar. Mediz. Klinik 1910. Nr. 11. 3) Prof. Henle. Zentralbl. für Chir. 1910. Nr. 42. 4) Zuelzer. Mediz. Klinik. 1910. Nr. 11. 5) Forkel. Münchner med. Woch. Nr. 35, 1911. 6) Glitsch. Münchener med. Woch. Nr. 23, 1911. 7) Carlo Quadrone. Gazz. degli osped. e delle clin. z 17. X. 1911. 8) Henle. Deutsche med. Woch. Nr. 20. 1911. 9) Kanert, Münchener med. Woch. Nr. 17, 1911. 10) Unger. Berliner klin. Woch. 1911. 11) Zuelzer. Therapie der Gegenwart 1911 maj. 12) Kirschner. Deutsche med. Woch. Nr. 31. 1911. 13) Curschmann. Münchener med. Woch. Nr. 2, 1912. 14) Jakoby. Deutsche med. Woch. Nr. 46. 1911. 15) Pfannmüller. Münchener med. Woch. Nr. 43. 1911. 16) Popielski. Tygodnik lek. Nr. 1. 1912. 17) Adolf Hesse. Deutsche med. Woch. Nr. 14. 1912.

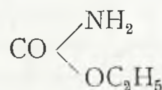
3. Aponal.

Poszukiwanie coraz to nowych środków nasennych jest zupełnie uzasadnione, chorzy bowiem do środków nasennych prędko się przyzwyczajają i z tego powodu lekarz zmuszony jest podawać ten sam środek w coraz wyższych dawkach, lub też środki nasenne zmieniać. Nowoczesna farmakologia nadała pewien kierunek w stwarzaniu środków nasennych, wychodząc z tego założenia, że zachodzi pewien ścisły związek między chemicznym wzorem, a działaniem fizyologicznem tych środków. Obecnie mocznik i jego pochodne związki zajmują niejako poza morfiną pierwszorzędne stanowisko między nowoczesnymi środkami nasennymi. Działanie tych środków tem się zasadniczo różni od działania morfiny, że wszystkie one działają tylko nasennie, ale bólów zupełnie nie uśmierzają. Dlatego też nie ma celu podawanie tych środków u chorych, którzy cierpią na bezsenność z powodu bólów.

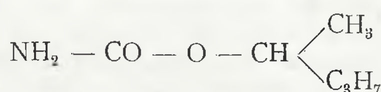
Pierwszorzędne i drugorzędne alkohole w połączeniu z mocznikiem nie mają działania nasennego, natomiast w połączeniu z dwoma grupami metylowemi i jedną etylową nabywają tej własności. Takim związkiem pochodnym od mocznika jest weronal (acid. diaethylbarbituricum) o wzorze



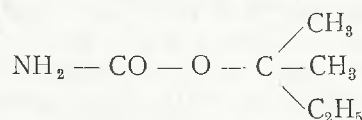
Również mają działanie nasenne połączenia alkylowe z grupą aminową kwasu karbaminowego. Etyluretan jest najstarszym środkiem nasennym, ale słabo działającym; grupa etylowa jest w etyluretanie w takiem połączeniu:



Podobne działanie, jednak słabsze niż etyluretan, ma metyluretan. Stworzono dalej różne pochodne od uretanu, jak hedonal, t. j. metylpropylkarbinoluretan o wzorze



Uzyskanie estrów z wyżej wartościowymi alkoholami było niemożliwe, dopiero firma Zimmer & Co je stworzyła. Pierwszym takim estrem jest dwumetyloetylokarbinol, zwany aponalem, o wzorze:



Jego działanie nasenne polega na zawartości trzeciorzędnego alkoholu (amylenum hydratum), który sam z powodu smaku nieprzyjemnego i woni kłującej sprawia trudności w zastosowaniu, dopiero w połączeniu wyżej podanem zatraca te niekorzystne własności.

Aponal został wprowadzony w handel w postaci kołaczyków, w wodzie nierozpuszczalnych, bez smaku. Z powodu nierozpuszczalności w wodzie działanie nasenne aponalu następuje nieco później. Dawka jednorazowa aponalu wynosi 1 do 2 gramów. Polecają podawać ten środek nasenny przy bezsenności, zwłaszcza w stanach nerwowych ma on po 20—30 minutach sprowadzać sen spokojny. Prócz tego ma on być niejako środkiem pomocniczym u ludzi, którzy z trudnością zasypiają. Podobnie jak inne pochodne od mocznika, środek ten bólów nie uśmierza.

W tutejszej klinice medycznej podawano w ubiegłem półroczu aponal w 48 przypadkach, w których brom nawet w znacznych dawkach zupełnie nie działał, i to głównie w nerwicach, w bezsenności nerwowej, w histeryi i w nerwicy serca. Podawano go w dawkach 1—2 gr. bez objawów ubocznego działania. U niektórych chorych już po 20 minutach następował sen spokojny, trwający osiem godzin. Chory po przebudzeniu się nie uskarżał się na żadne dolegliwości (bólów głowy, jak to często bywa po podaniu weronalu, nie zauważano). U chorych, którym przedtem podano weronal lub morfinę, aponal nie działał. Ilość moczu po zażyciu aponalu nieco się zwiększała (średnio o 200 gramów na dobę).

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych można aponal polecać jako lekki i nieszkodliwy środek nasenny, podobnie jak adalinę i t. p. przetwory mocznika.

Piśmiennictwo. 1) Ziehen. Deutsche med. Wochenschr. 1908 Nr. 14. 2) Thoms. Deutsche med. Woch. 1908 Nr. 14. 3) Harnack und Meyer. Zeitschrift f. klin. Med. T. 24. 4) O. Huber. Mediz. Klinik. 1911. Nr. 32).

Dr Z. Wachtel, asystent kliniki.

Oceny i sprawozdania.

Heller i Pirquet: **Stan sprawy lekarzy szkolnych w Austryi.** (Der Stand der Schularztfrage in Österreich). (Verhandl. der öster. Gesellschaft für Kinderforschung in Wien).

Książeczka ta zawiera bardzo cenne prace, zebrane przez wymienionych w tytule sekretarzy Towarzystwa. Najpierw spotykamy tam pracę Dehrego o organizacyi służby lekarzy szkolnych w Bernsdorf w Dolnej Austryi. Widzimy z niej, że stan odżywienia dzieci szkolnych w 13·32% jest zły, 91·2% okazuje ślady krzywicy, przeszło 3/4 dzieci ma zęby zepsute, a 8·8% ma skrzywienie kręgosłupa. 11·8% chłopców ma zmiany w szczytach płuc, 4·8% przepukliny, 2·2% wady serca, 5·4% wady refrakcyi, 6·6% cierpienia uszne i zły słuch i t. p. Zadanie lekarzy szkolnych polega w Bernsdorf na badaniu t. zw. rekrutów szkolnych, nadzorowaniu dzieci słabowitych, badaniu (w jesieni) pobieżnem

innych dzieci, szczepieniu, walce z chorobami zakaźnemi, badaniu budynków szkolnych i t. p.

Prof. Escherich omawia rolę lekarza szkolnego w zapobieganiu chorobom zakaźnym, przyczem zwraca uwagę na to, by nauczyciele byli lepiej kształceni w higienie. — Doc. Alexander zajmuje się sprawą badania słuchu u dzieci szkolnych, przytaczając statystyki lekarzy szkolnych, które wykazują, że niemal 30—40% dzieci szkolnych cierpi na choroby ucha lub słyszy niedokładnie (!). Napewno $^1/_4$ dzieci szkolnych ma narząd słuchu nieprawidłowy. Należałoby zakładać szkoły dla dzieci źle słyszących i mniej inteligentnych. — Wallisch omawia kwestyę dentystów szkolnych. Joyl zdaje sprawę z urządzeń higieniczno-lekarsko-szkolnych w Bernie, opisując jakie walki staczać musiano z początku, nim instytucya ta zyskała zaufanie gminy i społeczeństwa. W Bernie założono dentystyczne ambulatoryum szkolne; niestety musiano je po kilku tygodniach zamknąć, bo kosztowało za dużo, (roczny budżet 80.000). We wszystkich szkołach nowszych są w Bernie natryski, a prócz tego dzieci biedne dostają w lecie wolne bilety na kąpiele rzeczne i naukę pływania. — O opiece nad wzrokiem dzieci szkolnych pisze Doc. Kuhn, twierdząc, że każde dziecko powinno być badane raz na rok co do bystrości wzroku. — Ortopedyczne zadania lekarza szkolnego rozpatruje Aberle (25% dziewcząt ma skrzywienia kręgosłupa), proponując wprowadzenie racyonalnej gimnastyki, prowadzonej choćby przez odpowiednio wykształcone siły nauczycielskie (kurs gimnastyki ortopedycznej). — Niemniej ważne jest zadanie lekarza szkolnego w cierpieniach nerwowych (Doc. Zappert) i skórnych (Ullmann). — Sprawę szkół pomocniczych dla dzieci nierozwiniętych dostatecznie umysłowo porusza Dr Heller. W Niemczech uczęszcza do takich szkół z wielkim pożytkiem około 12.000 dzieci. W Austryi dotąd jest zaledwo 7 takich szkół. Ze szkół tych przeszło 70% dzieci wychodzi potem jako zupełnie normalni członkowie społeczeństwa. Słusznie też parafrazuje Heller słowa W. Hugo: »Załóżcie szkołę pomocniczą, a możecie za to zamknąć jedno więzienie.« O przyjmowaniu dzieci do takich szkół rozstrzygać powinna cała osobna komisya, by lekarz nie zrażał sobie rodziców, którzy nieraz dopiero oddając dziecko do szkoły, dowiadują się, że jest ono nienormalne umysłowo. Działać tu musi wspólnie pedagog i lekarz. — Prof. Sternberg wyraża w swej pracy życzenie, by instytucya lekarzy szkolnych była i przy kursach fachowych pomocników rzemieślniczych, których w samym Wiedniu jest przeszło 40.000 tysięcy. — Dr Friedjung omawia sprawę objaśniania płciowego w szkole, kładąc nacisk na to, by lekarze w pierwszym rzędzie objaśniali rodziców, jak z dziećmi pod tym względem mają postępować. Drugą drogą objaśniania są nauki przyrodnicze.

Stronę administracyjną omawia Dr praw Saus, który proponuje, by na cele higieny szkolnej powiększyć nieco podatek spadkowy, podobnie jak ma się rzecz z funduszem szpitalnym i dla biednych. Higieną szkolną zająć się powinno państwo w drodze odpowiedniej ustawy. — Prof. Escherich zaleca dwie kategorye lekarzy: 1) szkolny (Schularzt), 2) dla uczniów (Schülerarzt). Pierwszy spełniałby czynności więcej administracyjne, drugi higieniczno-lekarskie. — Prof. Schattenfroh jest zdania, że w dużych miastach powinni badać dzieci specyaliści po kolei, a dzieci ubogie powinny być za darmo leczone w odpowiednich ambulatoryach.

W końcu dziełka spotykamy wreszcie wnioski wytyczne, przyjęte przez Towarzystwo. Obejmują one wszystkie zadania higieny szkolnej, domagają się ogólnego wprowadzenia instytucyi lekarzy szkolnych w szkołach ludowych i średnich, tworzenia klas dla upośledzonych umysłowo dzieci, szkół leśnych, kolonii wakacyjnych i gimnastyki ortopedycznej. Jeden lekarz szkolny może nadzorować najwyżej 500—1000 dzieci. Pożądaną rzeczą byłyby kąpiele szkolne i odżywianie dzieci szkolnych. Lekarze powinni mieć głos w Radach szkolnych okręgowych i krajowych. W seminaryach należy kształcić nauczycieli starannie w higienie, by z czasem stać się oni mogli pomocnikami lekarzy szkolnych.

Klęsk.

Abhandlungen über Salvarsan, gesammelt von Prof. P. Ehrlich, Band II. München 1912, J. F. Lehmann. Cena 10 marek.

Powyższa firma wydawnicza wydała znowu zbiór prac o salwarsanie, ogłoszonych w ciągu r. 1911 w »Münchener med. Wochenschrift« i uzupełniła ten zbiór niektóremi publikacyami z tej dziedziny, drukowanemi w »Deutsche med. Wochenschrift«. Podobnie, jak w tomie pierwszym, ułożono i w niniejszym kilkadziesiąt prac, jedne w całości, inne w części, w pewne działy, omawiające technikę, zachowanie się ustroju, działanie na zmiany kiłowe różnych okresów, na różne inne zmiany chorobowe, jakoteż działania uboczne; przez ten podział całość zyskuje na przejrzystości. Ehrlich sam dodał do zbioru wstęp i zakończenie, w którem nie ogranicza się tylko do stwierdzenia znanych szczegółów z prac autorów, ale omawia także obszernie przypadki neurorecydyw lub zakończone nieszczęśliwie, tłomacząc przyczynę zejścia niepomyślnego i polemizując niejednokrotnie z autorami. Ilość tego rodzaju przypadków zmniejsza się stale w miarę wzrostu doświadczenia w stosowaniu salwarsanu, w miarę przybywania wiadomości co do wskazań i przeciwwskazań.

Takie zestawienie większej ilości prac, ogłaszanych w tej ważnej dziś sprawie i krytyczne ich opracowanie w różnych kierunkach, dotąd mało jeszcze zbadanych, ma wielkie znaczenie, bo daje ogólny przegląd postępu w stosowaniu nowego przetworu, będącego już obecnie w powszechnem użyciu i zyskującego odpowiednią do swej wartości wziętość. To też należy się uznanie ruchliwej firmie monachijskiej za wydawnictwa tego kierunku.

F. Krzyształowicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Prof. Krogius. **W jaki sposób możemy dojść do porozumienia w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego?** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 12). Autor jest tego zdania, że spór między chirurgami a internistami w sprawie leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego jest bezcelowy, bo według K. zawsze daje się rozstrzygnąć z góry, czy mamy do czynienia z przypadkiem, idącym ku lepszemu (leczenie wewnętrzne), czy ku gorszemu (leczenie chirurgiczne). Bardzo rzadko spotykamy przypadki, które odrazu już okazują najcięższy przebieg, i wtedy naturalnie operacya natychmiastowa jest konieczna. Należy zwracać uwagę głównie na ciepłotę, bóle, wymioty, dreszcze, napięcie brzucha i t. p. Gdy choć jeden z tych objawów jest wybitniejszy, należy operować. Dlatego też nie powinno się chorym podawać narkotyków. Chory, mający tak silne bóle, że trzebaby mu podać morfinę, powinien być zaraz operowany. W przypadkach wątpliwych lepiej zasięgnąć rady chirurga. Autor sprawdził słuszność tych zapatrywań od 7 lat w setkach przypadków. K.

Cramer. **Ruchoma kątnica a przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 12—13). Może zanadto wyłącznie wszelkie cierpienia w prawej okolicy biodrowej odnosi się do wyrostka robaczkowego. Dowodzą tego najlepiej przypadki bez poprawy po wycięciu wyrostka. Swego czasu odrzucono pojęcie »zapalenia kiszki ślepej«, obecnie jednak znów skłaniamy się

do tego, że przecież przyczyną cierpień w tej okolicy nieraz bywa właśnie kiszka ślepa. Autor jest też dlatego przeciwnikiem wycinania wyrostka, »gdzie go się dopadnie«, bo laparotomia nigdy nie jest zabiegiem obojętnym. Taksamo nie może autor polecać operacyi tam, gdzie skutku jej nie jest pewnym, np. właśnie tam, gdzie rozpoznanie waha się między sprawą w wyrostku, a kiszce ślepej. Wszak Wilms podaje szczerze, że przy swoich operacyach z powodu rzekomego przewlekłego zajęcia wyrostka znalazł wyrostek w 25% zupełnie prawidłowy! Wielu twierdzi, że częstą przyczyną cierpień tej okolicy jest t. zw. kątnica ruchoma. Inni sprzeciwiają się temu, podnosząc, że ruchomość kątnicy jest zbyt częstą. by uważać ją za chorobową. Bolesność t. zw. punktu Mc Burneya jest objawem bardzo względnej wartości. Jeżeli zwraca się pilną uwagę, to można łatwo się przekonać, że niezmiernie często istnieje takażsama bolesność i po stronie lewej, bo zależy ona często od tkliwości splotów nerwowych na brzuścu mięśnia lędźwiowo-udowego (psoas). Jeżeliby kątnica ruchoma sprawiała tak często objawy, to powinnyby one występować tak samo i po stronie lewej w zagięciu esowatem, jeszcze więcej ruchomem. Fischler kładzie nacisk na niedowład kątnicy i wprowadza nazwę »typhlatonia«. Herz zaś upatruje przyczynę choroby w niedomykalności zastawki między jelitem grubem, a cienkiem. Wogóle więc panuje w tej sprawie ogromne zamieszanie i różnica zapatrywań, cechująca się najrozmaitszemi nazwami choroby (prócz wspomnianych, jeszcze: »pericolitis«. »pseudoappendicitis«, »typhlectasia«, »typhlocolitis«, »typhlospasmus« i t. d.). Głównymi objawami są: zaburzenia czynności kiszki, zatwardzenia, względnie na przemian biegunki, bóle nad prawym talerzem biodrowym, najsilniejsze przy walcowaniu kiszki palcami, kolki, nieraz z gorączką, niestrawność, silne wzdęcia, zły sen, bóle i zawroty głowy, nerwowość, a nieraz wyczuwalny guz kiełbasowaty 3—4 cm szeroki, a do 10 cm długi (czasem guz łudząco przypomina nerkę). Leczenie jedynie dyetetyczne (bo chirurgiczne zawodzi), usuwanie nieżytu, uregulowanie dyety i stolca, kąpiele, miesienie, elektryzowanie i t. p. Polecają też kefir, yoghurt, ser, unikanie jarzyn, wewnętrznie celem odkażania kiszek ichtyol, mentol, gwajakol, ichtalbinę, przy kurczach atropinę, ew. lewatywy z tymolu 1:1000. Korzystnie działa leczenie w Wiesbaden, Kissingen, Homburgu, okłady alkoholowe i t. p. Wogóle w rozpoznaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego i wskazaniach do operacyi trzeba być bardzo ostrożnym. Operacya wskazana jest tylko przy silnych przypadach z powodu zrostów, bólów, zwężenia i t. p., zresztą pozostaje ona bez skutku. K.

Kehr. **Kiedy należy po wycięciu pęcherzyka żółciowego naciąć i sączkować przewód żółciowy wspólny, choć się w nim nie wyczuło kamieni.** (Arch. f. kl. Chir. 97. II). K. sączkuje przewód wspólny zawsze, gdy spotka zmiany w trzustce, rozszerzenie przewodu, dalej gdy w wywiadach są dane o żółtaczkach, dreszczach i odchodzeniu kamyków, przy mętnej żółci dobywającej się z pęcherzyka, dalej przy zmianach wątroby (marskość, powiększenie itp.). Wycina zaś woreczek bez sączkowania przewodu, gdy nie ma wspomnianych zmian i gdy zgłębnik przechodzi gładko z przewodu pęcherzykowego do wspólnego i do brodawki i gdy nie ma powiększenia gruczołów limfatycznych koło przewodu. Oczywiście także nie sączkuje, gdy pęcherzyk usuwa tylko z powodu zrostów. K. sączkuje zwykle od kikuta przewodu pęcherzykowego rurką w kształcie litery T (długie ramię wsuwa się do przewodu wątrobowego). K.

König. **O uszkodzeniach stawu kolanowego.** (Med. Klinik 1912 Nr 14). Uszkodzenia kolana, nieraz z pozoru niewinne, pociągnąć mogą za sobą trwałe skutki, zwłaszcza pozostaje często uporczywy wysięk lub kończyna szybko nuży się przy chodzeniu, albo też zjawiają się nagle silne bóle. Z tego też powodu niektórzy przy wysięku zwykłym lub krwawym radzą nie czekać wessania, lecz odrazu staw nakłuwać, a potem zaraz rozpoczynać ruchy i próby chodzenia. Zwłaszcza zachwalają ten sposób lekarze wojskowi. Nieraz, jak to K. stwierdził przy operacyach, następowe przypady, zwłaszcza osłabienie kończyny i bóle są skutkiem zrostów w stawie i wtedy zwykle zabieg operacyjny daje poprawę. Zwykle K. postępuje w następujący sposób: Każdego chorego z uszkodzonem kolanem bada promieniami Röntgena, w razie uszkodzenia zwykłego układa do łóżka w szynie, stosując opatrunek uciskowy odrazu, miesienie uda i goleni. Od 6. zaś dnia dołącza lekkie miesienie kolana samego i ostrożne ruchy, potem gorące powietrze, a gdy wysięk zniknie, pozwala chodzić z opaską lub kapką kolanową. Dopiero jeżeli to leczenie zawodzi, (co dowodzi powikłania w kości, chrząstkach lub dużego pęknięcia torebki), wykonuje nakłucie, ew. decyduje się po powtórnem zdjęciu rentgenowskiem na zabieg operacyjny. Do najczęstszych uszkodzeń należą tu pęknięcia chrząstek półksiężycowatych, torebki, więzadeł krzyżowych lub bocznych, obrzmienie okolicznej tkanki tłuszczowej (Hoffa) i t. p. Wogóle uszkodzeń kolana, nawet pozornie drobnych, nie powinien lekarz nigdy lekceważyć, zawsze ostrożnie rokować, by wina następstw nie spadła na niego. K.

Lange. **Przypadłości stopy płaskiej i ich leczenie.** (Tow. lek. monach. I. 1912). Przed 30 laty sądzono, że przy t. zw. stopie płaskiej musi koniecznie być brak wysklepienia podeszwy i polecano bez względu na stan szablonowo wkładki. Badanie odcisku stopy niema wielkiej wartości, bo w 50% mimo silnych przypadłości daje wynik ujemny. Podług siedliska bólów rozróżnia L. pięć grup cierpienia: 1) Obniżenie wysklepienia bez zmiany ułożenia stopy. Bole na grzbiecie i pod spodem (typowa stopa płaska; leczenie: wkładka). 2) Wysklepienie prawidłowe, odchylenie stopy na zewnątrz (pes valgus). Bóle koło kostek i w stawie skokowym. Leczenie: ustawienie stopy na równi pochyłej i odpowiednia wkładka. 3) Kombinacya obu powyższych grup (najczęstsza). 4) Bóle w pięcie, głównie po stronie wewnętrznej (valgus) lub środkowej (ostroga). Leczenie: odpowiednia wkładka pogłębiająca lub zabieg operacyjny. 5) Bóle od przodu stopy w okolicy główek kości śródstopia, wywołane zmianami w okostnej wskutek przeciążenia stopy. Leczenie: odpowiednie zgłębiające wkładki. Za najlepszą wkładkę uważa L. kombinacyę celuloidu z drutem stalowym. Wkładka taka, jako tania, okazała się bardzo cenną w kasach chorych. K.

Max Jerusalem. **Przyczynek do leczenia słońcem gruźlicy chirurgicznej.** (Zeitschrift f. phys. u. diät. Ther. zeszyt VII. 1911). Korzystne działanie słońca w przebiegu gruźlicy chirurgicznej może objawiać się przedewszystkiem w górach, bo promienie słońca, przechodząc przez czyste i suche powietrze górskie, nie tracą nic lub bardzo mało na swojem nasileniu. Dlatego w górach ziemia może być ogrzana, a powietrze pozostaje świeże (mniej ogrzane). W nizinach dzieje się inaczej, tam bowiem promienie słoneczne, nim dojdą do ziemi, muszą przejść przez warstwy powietrza, zawierające obficie pył, drobnoustroje i parę wodną, przez co promienie słoneczne tracą na sile, a powietrze więcej się ogrzewa, niż w górach. Weissglas.

Położnictwo i ginekologia.

Nassauer. **Leczenie osuszające.** (Münchn. med. Woch. 1912, Nr. 10 i 11).

Autor poleca zamiast przepłukiwań pochwy płynami odkażającymi w przypadkach białych upławów leczenie osuszające za pomocą sproszkowanej glinki armeńskiej (bolus alba). W tym celu skonstruował N. rozpylacz, zwany sykkatorem. Zalety tej metody polegają na tem, że proszek dociera wszędzie i wywołuje dzięki swym własnościom adsorpcyjnym natychmiast podmiotowe uczucie ulgi, a po kilku dniach przedmiotowo dające się stwierdzić polepszenie przez zmniejszenie się wydzieliny. Leczenie to stosują

sobie chore same. Dało one dobre wyniki również u dzieci i osesków. Z innych przetworów dobrą jest kseraza, subeston, 20% lenicet (działanie ściągające na błonę śluzową pochwy). Połączenia glinki z H_2O_2 są dobre, lecz nie trwałe. Szczególnie dobrą okazała się glinka z nowojodyną 10% (Novojodin-bolus) przy przewlekłych zapaleniach przydatków, zmianach kiłowych, kłykcinach. Głównie leczył N. w ten sposób z pomyślnym wynikiem wiewióra podostrego i przewlekłego; szczególnie wdzięcznem polem okazała się ostra sprawa tryprowa. Również wrzody pochwy, odleżyny, ustępowały szybko pod pokładem glinki. Być może, że metoda ta da się zastosować również jako sposób przeciw zastąpieniu.
A. Markowa.

King. **Wpływ dwoinek wiewiórowych na przebieg połogu.** (The Americ. Journal of obstetric. Febr. 1912).

Autor rozróżnia 2 grupy przypadków: 1) gdzie połóg wikła wiewiór utajony, t. zn. zakażenie nastąpiło na dłuższy czas przed zastąpieniem; pod wpływem przekrwienia, wywołanego ciążą, dwoinki, pobudzone do wydatnej działalności, powodują obfite upławy w ostatnich miesiącach ciąży, a posuwając się w górę w pierwszych tygodniach połogu, wzniecają zmiany zapalne w przydatkach, najczęściej jako zapalenie jajowodu ze zrostami i z następową bezpłodnością i obfite odchody ropne. Objawy kliniczne są niestałe, szczególnie zawodzi podwyższenie ciepłoty. Bolesność czasami nieznaczna, w innych przypadkach utrzymuje się przez całe życie, tworząc tło nieuleczalnej neurastenii.

Grupa druga, gdzie zakażenie nastąpiło tuż przed lub w czasie ciąży. Świeżo wprowadzone dwoinki znajdują dobre podłoże w rozpulchnionej i przekrwionej tkance, pozbawiają wydzielinę pochwy jej bakteryobójczych własności i przyczyniają się w ten sposób do wywołania zakażenia połogowego przez inne zarazki. W tych warunkach wszelkie badania i zabiegi są niebezpieczne. Rzadziej wikłają dwoinki przebieg połogu, z wyjątkiem przypadków, gdzie wywołany przez nie ropień pęka i powstaje zapalenie otrzewnej. Autor opisuje przypadek świeżego ropniaka jajowodu, powstałego w ciąży i przypuszcza, że dwoinki dostały się tu do jajowodu razem z plemnikiem.

Rzadszym objawem w połogu jest posocznica gonokokowa. W jednym przypadku zakażenia połogowego znalazł autor we krwi czystą hodowlę dwoinek tryprowych. Poród przebiegał prawidłowo. Lofaro znajdował dwoinki we krwi przy różnych sprawach tryprowych, a przy zapaleniu sromu i pochwy nawet w 50% przypadków.
A. Markowa.

Doc. Schickele i R. Weller: **O t. zw. przewlekłem zapaleniu macicy i torbielkowatem zwyrodnieniu jajników; stosunek ich do krwawień macicznych.** (Arch. f. Gyn. tom 95, zesz. III).

Ponieważ badania śluzówki macicy nie mogły wytłomaczyć nieprawidłowych krwawień, szukano przyczyny ich w ścianie samej macicy, w przekonaniu, że stany patologiczne warstwy mięśniowej i tkanki łącznej potrafią tu rzucić pewne światło. Theilhaber i jego uczniowie utrzymywali, że nieprawidłowe krwawienia maciczne najczęściej są następstwem niedomogi warstwy mięśniowej macicy. Badania autorów zupełnie tego nie potwierdziły. Stosunek ilościowy warstwy mięśniowej do podłoża łącznotkankowego nie ma na powstanie krwawień żadnego wpływu, a silniejszy rozwój tkanki łącznej można wykazać bardzo często u kobiet starszych, które kilkakrotnie rodziły, mimo braku wszelkich krwawień. W ostatnich czasach starano się tłómaczyć krwawienie zmianami anatomicznemi jajników, a mianowicie wskazywano tu na drobnotorbielkowate ich zwyrodnienie, zgrubienie osłony i naczyń, jakoteż przyrost tkanki łącznej. Badania autorów wykazały, że i to tłumaczenie nie ma podstawy. Przeważająca ilość badanych jajników była zupełnie prawidłowa albo okazywała nieznaczne tylko zmiany.
E. Ehrenpreis.

Prof. P. C. T. van der Hoeven: **Śluzówka macicy.** (Arch. f. Gyn. tom 95, zesz. III).

Przyczyna zaburzeń miesiączkowych, nieprawidłowych i nieregularnych krwawień macicznych, leżeć może albo w śluzówce macicy, albo w ścianie samej macicy, albo poza macicą, a mianowicie w jajnikach lub gdzieś indziej w ustroju. Tam, gdzie przyczyna leży w śluzówce, obwiniać należy tylko naczynia krwionośne. Jeżeli one z jakiegokolwiek powodu uległy zmianom, rozszerzeniu, lub w połogu nie wróciły do stanu pierwotnego, wówczas mogą istotnie być źródłem częstych i obfitych krwawień. Są to przypadki, gdzie wyskrobanie macicy odnosi prawie zawsze skutek, w przeciwieństwie do przypadków, gdzie przyczyna krwawień leży w ścianie macicy lub poza nią, n. p. w jajnikach, w zmianach zapalnych okołomacicznych, w przekrwieniu z powodu przewlekłego zaparcia stolca, w wadach sercowych, w chorobie nerek, lub wreszcie, gdzie obwiniać należy wpływ nerwowy. Do przyczyn, leżących w ścianie macicy, należy stwardnienie tętnic (krwawienia w okresie przejściowym) i niezdolność energicznego kurczenia się warstwy mięśniowej około tych naczyń. Niedomoga taka wystąpić może wskutek zaniku włókien mięsnych lub znacznego rozrostu tkanki łącznej (wiek starczy), a także wskutek wpływów nerwowych, osłabiających napięcie włókien mięsnych (stany asteniczne, blednicze); pewne znaczenie może mieć wreszcie silny rozwój naczyń (samogwałt) i obfite odżywianie się przy niedostatecznym ruchu.
E. Ehrenpreis.

Otto Burckhardt: **Sapremia czy bakteryemia?**
Hans Friedrich: **W sprawie sapremii i bakteryemii przy poronieniach gorączkowych.** (Arch. f. Gyn. tom 95, zesz. III).

Badania Schottmüllera wykazały, że beztlenowce, które zwykło się uważać za względnie nieszkodliwe, wywierające swój wpływ tylko miejscowo, mogą wśród pewnych warunków nabyć większej żywotności i wywołać nietylko toksemię, t. j. zatrucie krwi produktami swej przemiany materyi, ale mogą nawet same przejść do krwi i wywołać istotną bakteryemię.

Nie tak rzadko należy gorączki połogowe po porodach, a szczególnie po nieczystych poronieniach odnieść do powyższych właściwości beztlenowców, które w niektórych przypadkach jedynie we krwi znaleziono (streptococ. saprogenes anaërobius). Wtargnięcie ich do krwi może wywołać nawet bardzo ciężki przebieg choroby, szczególnie jeżeli wytworzyły się zakrzepy, obraz kliniczny zupełnie podobny do ciężkiego zakażenia złośliwymi paciorkowcami. Dalsze badania wykażą, o ile dotychczasowy podział tych drobnoustrojów należy zatrzymać, pod jakimi warunkami drobnoustroje sapremiczne nabierają własności drobnoustrojów septycznych i o ile z rodzaju ich wnosić można o rokowaniu.
E. Ehrenpreis.

Doc. Schickele i R. Weller: **Przerost gruczołowy (hyperplasia glandularis) śluzówki macicy, jego stosunek do krwawień macicznych.** (Arch. f. Gyn. tom 95, zesz. III).

Przyrost i przerost gruczołów śluzówki macicy, stan, który Hitschmann i Adler uznali za fizyologiczny dla okresu przedmiesiączkowego, znaleźć można także niezależnie od zmian miesiączkowych, jako stan z pewnością patologiczny. Te zmiany gruczołowe, z wyjątkiem rzadkich przypadków, nie są wywołane przez sprawy zapalne i dlatego nazwa »endometritis glandularis« nie jest odpowiednia i należy ją raczej zastąpić określeniem »hyperplasia et hypertrophia endometrii«. Stosunku przyczynowego między tymi stanami gruczołów a krwawieniami z macicy nie można wykazać; takiesame zmiany można wprawdzie znaleść w przebiegu krwawień, najczęściej jednak nie ma ich zupełnie nawet przy bardzo silnych krwotokach macicznych; z drugiej strony znowu mogą być zmiany takie bardzo wybitne mimo zupełnego braku krwawień. Natomiast mo-

żna przy krwawieniach, jak przy okresach miesiączkowych, znaleść zawsze przekrwienie, a więc rozszerzenie naczyń, i obrzęk całej śluzówki z odpowiedniemi zmianami komórek łącznotkankowych podłoża. Częsta bezskuteczność skrobania przy krwawieniach macicznych przemawia również za tem, że między przyrostem i przerostem gruczołów śluzówki a krwawieniami nie zachodzi stosunek przyczynowy. E. Ehrenpreis.

Dermatologia i syfilidologia.

E. Delbanco: **Liszaj żrący prosówkowy, wyleczony nowotuberkuliną.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 110). Chorego z wyżej wymienioną zmianą skóry, rozsianą na twarzy i głowie owłosionej, którą to sprawę autor zalicza stanowczo do grupy zmian gruźliczych, leczono wstrzykiwaniami nowotuberkuliny, poczynając od 1/500 mg., kończąc na 15/50 mg. Po 25 wstrzykiwaniach, stosowanych mniej więcej co trzeci dzień, w dawkach powoli się zwiększających, którym towarzyszył słaby odczyn gorączkowy, nastąpiło w przeciągu 74 dni zupełne wyleczenie. H. L. Weber.

Haavaldsen: **Czy szukanie krętka bladego ma jakiekolwiek znaczenie rozpoznawcze w wydzielinie błony śluzowej dzieci kiłą wrodzoną obarczonych?** (Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 110).

Na pytanie powyższe odpowiada autor, że znaczenie tych badań jest niewielkie. W przypadkach, gdzie jedynym objawem kiły wrodzonej, jak to zresztą bardzo często bywa, jest tylko sapka, znalezienie krętka bladego jest ogromnie trudne. Na 65 przeszukanych preparatów, sporządzonych z wydzieliny nosa trzynastu osobników, zaledwie w dwóch znaleźć było można krętki. Prawie zawsze natomiast znajdował autor krętki u dzieci, gdzie obok sapki były objawy kiły ogólnej. H. L. Weber.

Juliusberg: **Przypadek ciężkiego zatrucia rtęcią.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 110).

U kobiety, liczącej lat 45, zresztą zupełnie zdrowej i silnie zbudowanej, wystąpiły naraz po 27. wcieraniu szaruchy (po 4 gr.) objawy silnego zatrucia. Bez uprzednich jakichkolwiek oznak, nawet bez śladu zapalenia dziąseł, pojawiła się nagle u tej chorej wysypka podobna do płoniczej, ciepłota ciała podniosła się do 40°, wystąpiły silne biegunki i białko w moczu. Po 15 dniach zejście śmiertelne. Sekcya zwłok wykazała poważne zmiany w śledzionie, w nerkach i okrężnicy. H. L. Weber.

Lie. **Przyczynek statystyczny o trądzie** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 110).

Autor twierdzi, że trąd może się bezsprzecznie przenieść i przenosi się z jednego osobnika na drugi, niewiadomo tylko, czy przenosi się wprost, czy też zapomocą jakiegoś pośrednika. Jako dowód niebezpieczeństwa stykania się z trędowatymi podaje autor następującą statystykę: W rodzinach, gdzie jedynie ojciec był dotknięty trądem, choroba przeniosła się na dzieci w 10·27%, gdzie matka była chorą — w 16·36, (dzieci o wiele więcej stykają się z matką), gdzie oboje rodzice byli trędowaci — w 39·19%. Statystyki innych autorów są z powyższą w zupełnej zgodzie. H. L. Weber.

Meirowsky. **O przenoszeniu się barwika skóry.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 109).

Drogi, któremi barwik skóry może się przenieść z miejsca na miejsce, są dwie, jedna w głąb skóry przez komórki wędrujące, a przedewszystkiem naczynia limfatyczne, druga na zewnątrz przez komórki rogowaciejące i odpadające. Tym drugim sposobem powstaje zdaniem autora leukodermia swoista. W pewnych miejscach barwik komórek razem z niemi złuszcza się i odpada, nowo zaś powstające komórki nie posiadają barwika, gdyż nie mogą go wytworzyć wskutek trującego działania jadu krętka bladego. H. L. Weber.

Rothe. **Syringomata.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 108).

Na podstawie badań histologicznych drobniutkich guzków, biało przeświecających, spotykanych nierzadko na powiekach, twarzy, czasem w okolicy mostka, a zwanych syringomatami, R. twierdzi, iż są one porozszerzanymi gruczołami potnymi. W nabłonku znalazł autor glikogen. H. L. Weber.

Dreuw. **O przepłukiwaniu i miesieniu cewki moczowej** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 110).

D. opisuje przyrząd przez siebie obmyślony, a polegający na podziurkowanym jednym w drugi wstawionym cewniku. Rozczyn 3% octanu glinowego, wprowadzony z irygatora do zewnętrznego cewnika wypływa odpowiedniemi dziurkami do cewki moczowej prostopadle do błony śluzowej, opłukuje wnętrze cewki i wchodzi z powrotem do cewnika wewnętrznego (odprowadzającego płyn na zewnątrz), wywołując pewnego rodzaju miesienie błony śluzowej i wypłukując z jej zaułków dwoinki. Przyrządem wyżej opisanym leczył D. dotychczas 12 przypadków wiewióra przewlekłego przedniej części cewki (?!). »Wyniki leczenia« — pisze D. — »są tak dobre (z 12 owych przypadków zostało 9 w przeciągu 5—8 tygodni zupełnie wyleczonych), że radziłbym metody onej spróbować«. H. L. Weber.

F. Grön. **Przyczynek do historyi kiły na północy.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 110). Poszukiwania pierwszych historycznych śladów kiły w Danii, Norwegii i Szwecyi dały następujące wyniki: G. nie znalazł żadnych wskazówek, jakoby kiła występowała na północy przed rokiem 1495, znalazł zaś liczne dowody, iż zaczęła szerzyć się dopiero po roku 1502, i to epidemicznie najpierw w Danii i Szwecyi południowej, a później dopiero w północnej Szwecyi i Norwegii. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 27 marca 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 82.

1) Prof. Kader przedstawił i omawiał przypadki operowane: **zapalenia wyrostka robaczkowego** z następowem przebiciem do jamy brzusznej (zaszycie), zapalenia otrzewnej z powodu zgorzelinowego zapalenia wyrostka, **resekcyi lewego płatu wątroby z powodu bąblowca, wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego,** wycięcia **nowotworu mózgu** (mięsak?), 110 grm. ważącego u chorego z porażeniem lewostronnem, ślepotą i padaczką.

2) Kol. Gertler: **O nowych sposobach odróżnienia prątków duru od prątków okrężnicy.**

Chociaż sposoby odróżnienia prątków durowych od prątków okrężnicy postąpiły w ostatnich latach naprzód, uwzględniając pożywki podane przez Conradiego i Drigalskiego, Endo, próbę aglutynacyjną, próbę Pfeiffera, badanie wody według Hoffmanna i Fickera, mimo to szukano innych sposobów, a raczej pożywek, ponieważ poprzednio wspomniane są dość trudne do przyrządzenia i na nich prątki durowe i okrężnicy bardzo obficie wyrastają. Löffler podał pożywkę z zielenią malachitową, a następnie z dodatkiem safraniny i reinblau (1909), później Padlewski pożywkę agarową z zielenią malachitową i dodatkiem żółci. Przyrządzanie i tych pożywek okazało się mozolnem i dużo zachodu wymagającem, skoro w nowszych czasach podano jeszcze inne pożywki. Kindborg używa 3% agaru z dodatkiem 0·75 cm. normalnego ługu sodowego, 5% cukru mlecznego, do którego dodaje 5 cm wodnego rozczynu

nasyconego fuksyny kwaśnej (Grüblera), a nadto 4 cm. zieleni malachitowej I. A. (w rozczynie 1:120). Na tej pożywce wyrastają prątki durowe obficie i odbarwiają ją na jasno, prątki okrężnicy, również obfite, są w pierwszym dniu niebieskawe (lub fioletowe) na ciemno-fiołkowem tle, w drugim dniu czerwienieją; prątki rzekomo durowe (paratyphus) A nie wyrastają, zaś rzekomodurowe B, prątki czerwonki Shigi jak durowe, mątwiki cholery nie wyrastają. (Demonstracya płytek zapomocą projekcyi).

Conradi dodaje do 3% agaru, zobojętnionego według rozczynu fenolftaleiny, tyle kwasu fosforowego, aby 100 grm. agaru wymagały 3 cm. ługu normalnego do zobojętnienia, następnie 0·66 cm. 1% wodnego rozczynu zieleni brylantowej (Brillantgrün extra rein Grüblera) i 6·6 cm. 1% kwasu pikrynowego. Pożywka ta nie dawała dobrych wyników w krakowskim Zakładzie higieny co do duru i okrężnicy, natomiast okazała się dobrą dla odróżnienia prątków rzekomodurowych A od B; pierwsze dawały kolonie małe, lśniące, porcelanowe, drugie kolonie szerokie, chropawe, nieco żółtawe, schodkowate (terasowe) z bruzdami równoległemi do brzegów i promienistemi.

Werbitzki uprościł nieco pożywkę, gdyż do agaru zobojętnionego na lakmus, dodał 1·3% normalnego ługu sodowego, a nadto na 100 cm. dodał 1·4—1·5 cm zieleni chininowej (0·2%). Ostatnia pożywka okazała się najprostszą, ale na niej wyrastały prątki durowe i okrężnicy jednakowo obficie, durowe w postaci małych kolonii porcelanowych, okrężnicy szerokie, nieco schodkowate, podobnie wyrastały rzekomodurowe B, zaś rzekomodurowe A były podobne do paciorkowców (bardzo małe kolonie przeźroczyste). Pożywka ta napozór nie nadawała się do odróżnienia prątka duru od prątka okrężnicy. Gdy jednak zaszczepiono na jednej płytce mieszaninę prątków durowych i okrężnicy, różnica kolonii była wybitniejszą: durowe były bardzo drobne, zaś prątków okrężnicy duże. Ponieważ przy użyciu tego podłoża zachodziła obawa, jak i przy dotychczas używanych, że w razie obecności małej ilości prątków durowych wcale ich wykazać nie będzie można, należało dążyć do tego, aby stosunek kolonii był odwrotny, t. j. aby kolonie durowe były duże i obfite, łatwo nadające się do drobnowidowej aglutynacyi, a okrężnicy małe. Wielu badaczy, Löffler, Padlewski i inni, starało się o uzyskanie takiej pożywki, ale ze skutkiem ujemnym.

Ponieważ w ostatnich dniach udało się w krakowskim Zakładzie higieny uzyskać bardzo prostą pożywkę, na której prątki durowe dobrze wyrastają, a prątki okrężnicy nadzwyczaj słabo, albo wcale nie, przeto prelegent przedstawia ją i hodowle na niej otrzymane.

Do agaru zwyczajnego zalkalizowanego do alkaliczności śliny, dodaje się 1·5% zieleni chininowej (0·2%), nadto 1% rozczynu metyloranżu (1:1000), rozlewa się na płytki i po 24 godzinach pożywka gotowa jest do szczepienia. Na niej wyrasta obficie prątek durowy i rzekomodurowy B, prątek zaś okrężnicy bardzo słabo, jak paciorkowiec, lub wcale nie, inne zaś znaleść się mogące w przewodzie pokarmowym, jak rzekomodurowy A, czerwonki i cholery, wcale nie wyrastają. Wyjałowienie gotowych pożywek wpływa niekorzystnie.

Bardzo dobrą okazała się także płynna pożywka następująca: Do bulionu cukrowego (gronowego) dodaje się 1·5% rozczynu zieleni chininowej i 1% rozczynu metyloranżu. Prątki durowe nieco mącą pożywkę, ale barwy nie zmieniają, prątki okrężnicy wyrastają obficie w znacznych kłaczkach, osiadających na dnie i odbarwiają pożywkę na żółto. Gdy dodajemy do jednej rurki prątki durowe i okrężnicy, pożywka zachowuje się tak, jak gdyby zawierała tylko prątki durowe, co można było stwierdzić przez przeszczepienie kropli z tej pożywki na inne stałe podłoże. Widocznie przez współżycie obu rodzajów prątków wyrastają prątki durowe na niekorzyść prątków okrężnicy.

Zapomocą tych pożywek prawdopodobnie ułatwione będzie szukanie prątków durowych w stolcach, zawierających małą ich ilość, łatwo otrzymać będzie można większe kolonie durowe dla celów aglutynacyjnych, a nadto ułatwione będzie badanie wody co do obecności prątka durowego. (Demonstracya podłoża, barwików, hodowli płynnych i płytek z hodowlami).

Posiedzenie z dnia 24 kwietnia 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 35. Jako goście pani Dr Joteyko z Brukseli i Dr Mayer ze Lwowa.

1) Kol. Wąsowicz: **Jakie choroby przewlekłe nadają się do leczenia w zdrojowiskach polskich.** (Rzecz przeznaczona do druku).

2) Kol. Pelczar: **Balneoterapia chorób serca.** Przedstawiwszy pokrótce historyę rozwoju balneoterapii w cierpieniach serca, oraz wyniki badań obcych i swoich na tem polu doświadczeń nad sposobem działania kąpieli, głównie solankowych i słono-gazowych, na serce zdrowe i chore, dochodzi prelegent do przekonania, że kąpiele te są jednym z bardzo dodatnich czynników leczenia cierpień serca. Ponieważ jednak optymizm w tym kierunku i entuzyazm za daleko zaszedł, a leczenia kąpielowego wprost nadużywać poczęto, niezawsze z pożytkiem dla chorego, zaznacza prelegent, że zasadniczo można kąpiele stosować tylko wówczas, jeśli mięsień sercowy nie jest jeszcze pozbawiony sprawności i zdolny jest jeszcze do jej odzyskania. Rozstrzyga tu przeto badanie sprawności mięśnia sercowego, mniej zaś względna jakość cierpienia serca. Jakie zaś wówczas należy stosować kąpiele, rozstrzyga wysokość parcia krwi. Wiadomo bowiem, że obok zawartości soli i bezwodnika węglowego, ciepłota wody kąpielowej jest czynnikiem różnie wpływającym na wysokość parcia. Punktem zwrotnym jest ciepłota 34° C, kąpiel o ciepłocie niższej od 34° wywołuje podniesienie się parcia krwi i zwolnienie tętna. Zupełnie odwrotnie się dzieje w kąpieli o ciepłocie ponad 34° C. Stąd wypływają wskazania, jakie ciepłoty w poszczególnych cierpieniach stosować można.

Przy tej sposobności przytacza prelegent sceptyczne zapatrywania szkoły angielskiej, głównie Mackenziego, oraz liberalniejsze szkoły niemieckiej i francuskiej, jak Rosenbach-Smith-Herz, Huchard i inni.

W końcu zajmuje się prelegent wskazaniami i przeciwwskazaniami, do których zasadniczo zalicza zniesienie wyrównania krążenia, wysoko posuniętą miażdżycę naczyń tak mózgowych jak i aorty, zwłaszcza z rozdęciem połączoną, oraz tętnic wieńcowych serca. Nerwice serca więcej nadają się do psychoterapii i hydroterapii. Przeciwwskazania wreszcie stanowią inne cierpienia, z cierpieniem serca połączone, jak gruźlica płuc, zimnica, zapalenia ucha środkowego, oraz nieukończone jeszcze zapalenie stawów. Prelegent podnosi wreszcie znaczenie innych niemniej ważnych czynników obok zabiegów kąpielowych, jak psychoterapii, mechanoterapii, elektroterapii, higieny w używaniu, swobody, wygód, zmiany klimatu i t. d., które razem zastosowane w zdrojowisku składają się na pomyślne wyniki leczenia zdrojowo-kąpielowego, a w końcu omawia sposób stosowania zabiegów kąpielowych przy leczeniu serca w Truskawcu, gdzie obecnie liczba chorych na serce wynosi przeszło 50% wszystkich leczących się.

3) Kol. Frączkiewicz: **O klimatologii i klimatoterapii.**

Klimatologia i klimatoterapia zająć powinna w dziale nauk lekarskich obok balneologii i balneoterapii należne jej miejsce i brak tych nauk w czasie studyów uniwersyteckich przykro uczuwać się daje później lekarzowi w praktyce. Pod względem klimatologii i balneoterapii skazani jesteśmy na samopomoc, jesteśmy samoukami z wielką szkodą dla chorych i lecznictwa w ogólności. Dziwić się należy zaniedbaniu tych nauk przez nasze Wydziały lekarskie. Z tejto przyczyny tak mało mamy prac naukowych

z zakresu klimatologii i balneoterapii, a i te prace, które są, z powodu braku materyału t. j. odpowiednich danych, są nieścisłe i niedokładne, a poniekąd i błędne. Klimatologia wymaga ścisłości i sumienności. Prelegent podaje główne jej zarysy, a więc definicyę klimatu, jego warunki, sposoby badania, podział naukowy i wskazania. Chcąc klimat danej miejscowości ocenić, musi się wszystkie jego czynniki poznać, i to nie jednorazowo, nie z jednego roku, lecz z szeregu lat, gdyż czynniki te ulegają wahaniom i średnie dane są dopiero miarodajne. Brak katedry balneologii i klimatologii da się zatem odczuć jeszcze dziesiątki lat, gdyż każdy rok zwłoki odsuwa dokładne, ściśle naukowe opracowanie zdrojowisk i miejsc klimatycznych o lat dziesiątki, a musimy sobie otwarcie powiedzieć, że oprócz obserwatoryów astronomicznych w Krakowie i we Lwowie żadna inna miejscowość i żadna stacya klimatyczna, żadne zdrojowisko nie jest ściśle naukowo pod względem klimatologicznym zbadane i określone. Smutne to, lecz prawdziwe, i fakt ten należy bez ogródek podać czynnikom miarodajnym do wiadomości. Chcąc przecież określić wskazania terapeutyczne do leczenia klimatycznego, musimy poprzednio mieć pewne teoretyczne dane, a klimat jest też ważnym czynnikiem w leczeniu zdrojowem. My tymczasem kierujemy się doświadczeniem, zdobytem może zdrowiem naszych pacyentów, doświadczenie to nie ma jednak danych naukowych i jest nieścisłe i niejasne, oparte na podmiotowych danych, udzielonych nam przez chorych. Tem góruje nad nami zagranica i to jest przyczyną, że miliony grosza idzie za granicę, bo tam od dziesiątek lat miejscowości i stacye klimatyczne są ściśle klimatologicznie zbadane i obserwowane, u nas zaś, jeśli są jakie spostrzeżenia, to takie, które pracę utrudniają raczej, niż wyjaśniają; nie ma ludzi wyszkolonych, nie ma odpowiednich w nauce przyjętych przyrządów, nawet powiedziećby można, nie ma dobrej woli, aby złe naprawić. (Wykład ilustrowany był kilkunastu zdjęciami fotograficznemi z jedynej polskiej stacyi klimatycznej nadmorskiej, Połągi, która nadaje się znakomicie do leczenia klimatycznego dla chorych naszych, u których klimat morski jest wskazany. (Streszczenie własne).

Zastępca sekretarza dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 7. lutego 1912 r.

Przewodniczący: kol. Krusche, sekretarz: Sonenberg.

1. Kaufman przedstawia chorą **operowaną** z powodu choroby **Basedowa**, a u której K. **spostrzegał przebieg ciąży i porodu.** Chora ma lat 35, zachorowała przed 5 laty, przed 2 laty była operowana przez Kochera, który dokonał u niej tyreoidektomii. Obecnie w linii środkowej szyi widzimy (szeroką około 3 ctm. i długą 8 ctm.) bliznę, po bokach zaś wypuklają się płaty pozostałe gruczołu tarczowego. Lekkie wysadzenie oczu. Tętno prawidłowe. W czasie ciąży nie zauważono powiększania się gruczołu tarczowego, nie spostrzegano też większych, niż zwykle bywa, objawów »intoksykacyi ciężarnych«. Poród odbył się przed 5 miesiącami, trwał 3 doby i zakończony został skutkiem bardzo powolnego rozszerzania się ujścia macicznego zapomocą hysterotomii przedniej oraz kleszczy. Chora karmi, peryody miewa jednak obfite. W ostatnich czasach zauważono powiększenie się obwodu szyi o 2 ctm., skutkiem powiększenia się pozostałych płatów gruczołu tarczowego, zwłaszcza zaś lewego.

2. Kol. Grosglik pokazał chłopca dotkniętego **strupniem** (favus) na ciele (ze szpitala Poznańskich).

3. Kol. Prezes przeczytał odezwę Komitetu wszechsłowiańskiej wystawy i Zjazdu higieny publicznej w Petersburgu. Odezwa zaprasza Tow. lek. łódzkie do udziału zarówno w pracach Zjazdu, jak i w wystawie.

4) Kol. Sonenberg przeczytał rzecz pt.: **Przypadek dziedzicznego przymiotu w drugiem pokoleniu.** Treść odczytu w zarysach ogólnych jest następująca: Kilka słów na wstępie w sprawie terminologii, używanej przez większość autorów, a określającej przekazywanie choroby w dziedzictwie, kolejno i dwukrotnie, jako dziedziczenie w »drugiem« pokoleniu. Dzieje przypadku spostrzeganego przez prelegenta. Objawy przymiotu trzeciorzędnego, spostrzegane przezeń przed 17 laty u osoby, która wówczas miała lat 50. Choroba żony tego chorego, stwierdzona kilka lat później, jako porażenie postępowe. Szereg objawów, spostrzeganych w owym czasie przez prelegenta u jednej z córek owych chorych, 12-letniego naówczas dziewczęcia, które świadczyły o tem, że przymiot został przekazany dziedzicznie. Szereg poronień u tejże córki w pierwszych latach po wyjściu za mąż za człowieka zdrowego, którego prelegent miał sposobność wielokrotnie badać, zarówno przed, jak i po ożenieniu się jego. Stwierdzenie przez prelegenta w końcu roku ubiegłego objawów przymiotu u trojga jej dzieci. Rozwiązanie wszystkich dat powyższych, wzajemny stosunek przytoczonych szczegółów i wypływający stąd wniosek, że w danym przypadku mamy dwukrotne, kolejno w 3 pokoleniach występujące obarczenie dziedziczne przymiotem. Poglądy, istniejące w nauce na sprawę dziedziczności w drugiem pokoleniu. Względy logiczne, pozwalające nie wątpić o możliwości takiego dziedziczenia przymiotu. Trudności, nastręczające się przy unaocznianiu klinicznem tego zjawiska. Braki, dostrzegane zwykle w przypadkach, mających świadczyć o dziedziczeniu przymiotu w drugiem pokoleniu, a osłabiające wiarogodność podawanego faktu. Warunki i zastrzeżenia, którym zadość czynić powinien każdy przypadek, gdzie przypuszczamy przymiot dziedziczny w drugiem pokoleniu, jeśli ma on być przedmiotem dociekania naukowego. Szczegółowy rozbiór przytoczonego przez prelegenta przypadku.

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Grosglik, Kaufman, Garliński.

Kol. Grosglik wypowiada przypuszczenie, że stwierdzony przez prelegenta przymiot u trojga dzieci mógł nie być chorobą odziedziczoną, lecz nabytą jako »syphilis insontium«. Wogóle, zdaniem kol. G., gdy mowa o dzieciach, mających kilka lub kilkanaście lat, nie mamy prawa mówić o przymiocie dziedzicznym, jeżeli tych dzieci nie obserwowaliśmy bezustannie, od chwili ich urodzenia się, tylko bowiem takie obserwowanie dziecka od pierwszych chwil życia, bez przerwy, może wyłączyć pomyłkę w rozpoznaniu i dać nam tę pewność, że dany przypadek jest istotnie przymiotem dziedzicznym. Co się tyczy ojca owych dzieci, u którego nie stwierdzono przymiotu ani przed jego ożenieniem się, ani nigdy później, to zdaniem kol. G., nie wyłącza to jednak możliwości, że był on tą chorobą dotknięty.

Kol. Kaufman zapytuje prelegenta, czy poronienia, o których wspomina, następowały po sobie kolejno w pierwszych latach po wyjściu chorej za mąż, czy przeciwnie, były przeplatane porodami prawidłowymi?

Kol. Garliński podczas bytności swej w Paryżu widział młodego chorego, leczonego przez prof. Fourniera i Gałęzowskiego, u którego znaleziono szereg objawów przymiotu dziedzicznego, a wśród nich najwybitniej występowało zapalenie miąższowe rogówek. Ponieważ u rodziców chorego nie było wcale oznak ani dziedzicznego, ani nabytego przymiotu, przeto przypadek ten obudził gorące zainteresowanie się nim. Dopiero prof. Fournier odnalazł w swych księgach, że rodzice matki chorego leczyli się w swoim czasie u niego z powodu nabytego przymiotu. Tym sposobem w omawianym przypadku przymiot odziedziczony przepuścił jedno pokolenie, aby następnie ukazać się jawnie w pokoleniu drugiem. — Wogóle miąższowe zapalenie rogówki co najmniej w 80% przypadków rozwija się na tle przymiotu i to najczęściej dziedzicznego, a zaledwie niecałe 20% przypadków tej choroby powstaje na tle innych chorób konstytucyjnych, jak gruźlica, zołzy i t. d.

W odpowiedzi kol. Grosglikowi Sonenberg zaznacza: Co do przypuszczenia oponenta, że przymiot wnuków, o których mowa, mógł być chorobą nie dziedziczną, lecz nabytą, jako »syphilis insontium«, Sonenberg zwraca uwagę oponenta na fakt stwierdzenia w danym przypadku choroby u wszystkich dzieci. Jeżeli przymiot niewinnych, który jest zjawiskiem bardzo rzadkiem u nas, możnaby jeszcze było przypuścić u jednego z dzieci, to przypuszczenie, iż omawiane cierpienie nabyte zostało tą drogą aż przez troje dzieci, które stanowią rodzeństwo, zmniejsza prawdopodobieństwo takiego zarażenia się do tego stopnia, że w danym przypadku liczyć się z niem nie należy. Co się zaś tyczy wypowiedzianego przez kol. G. poglądu, że tylko wówczas możemy u dzieci, mających kilka lub kilkanaście lat, przypuszczać, że przymiot ich jest odziedziczonym, jeżeli owe dzieci obserwujemy od chwili ich urodzenia się, bezustannie, przez cały szereg lat, Sonenberg odpowiada, że pogląd taki nie może być brany na seryo. Coś podobnego mogłoby się chyba zdarzyć tylko wyjątkowo, przy niezwykłym zbiegu okoliczności, gdy naprzykład lekarz, obserwujący chore na przymiot dziecko, jest ojcem tegoż dziecka i jednocześnie sam jest dziedzicznie przymiotem obarczony. Lecz byłoby to zdarzenie wyjątkowo niezwykłe. Zacieśnianie omawianych warunków i zastrzeżeń do tego stopnia, jak tego pragnie kol. G., należy do zapatrywań utopijnych, nie liczących się z rzeczywistością. Co się tyczy pytania, czy posiadamy zupełną pewność, że ojciec owych trojga dzieci nie miał przymiotu, pytanie to już wystarczająco wyjaśnił prelegent w swym odczycie. Kol. Kaufmanowi: Czy poronienia występowały u chorej kolejno w pierwszych latach po wyjściu za mąż, czy też były przeplatane porodami prawidłowymi — prelegent nie wie; zdaje się, że poronienia były tylko w pierwszych latach po ślubie. Kol. Garlińskiemu na pytanie, czy zapalenie rogówki stwierdził okulista, prelegent odpowiada twierdząco, matka bowiem przed przybyciem do S. była z dzieckiem u okulisty, gdyż cierpienie oka wystąpiło wcześniej, aniżeli cierpienie goleni.

5. Kol. Goldman pokazał chorą, u której usunął **z kiszki grubej guz**.

Tenże pokazał preparat **usuniętej części kiszki**, uległej zgorzeli z powodu ucisku i zamknięcia światła, wywołanego sprawą zapalną skutkiem cierpienia wyrostka.

Posiedzenie z d. 21. lutego 1912.

Przewodniczący: kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1. Kol. Goldenberg pokazał przypadek do rozpoznania, a mianowicie dziecko z wybroczynami krwawemi przeważnie na twarzy.

2. Przeczytano listy kol. Dembickiego i Raczyńskiego, zapraszające członków Towarzystwa do zwiedzenia w kwietniu r. b. Ciechocinka, celem zaznajomienia się z warunkami Ciechocinka, jako zdrojowiska.

3. Kol. Handelsman zawiadomił zebranych o powstaniu w Łodzi Oddziału Warszawskiego Towarzystwa badań dzieci i zachęcał członków Towarz. Lekarskiego do zapisywania się w poczet członków wzmiankowanego Oddziału.

4. Kol. Birencweig: **O istocie i znaczeniu nadkwaśności i niedokwaśności moczu.**

Kwaśność moczu zależy od kwaśności krwi, a ta, od obecności kwaśnych fosforanów, powstałych pod wpływem CO_2 na fosforany alkaliów. Określa się kwaśność moczu sposobem Joulie zapomocą zobojętniania rozczynem tlenku wapna w wodzie ocukrzonej (1 tlenku wapna, 25,0 cukru 30 wody do litra). Jestto płyn, łatwo się zmieniający pod wpływem CO_2 z powietrza, należy więc co drugi dzień określać jego miano zapomocą normalnego kwasu szczawiowego $\frac{\text{N. oxal.}}{40}$. Joulie obmyślił przyrząd składający się 1) z cylindra miareczkowanego 0—7, przyczem objętość cylindra do 0=20 ctm³, a 0—7 zawiera podziałki=0,2 ctm.³, 2) z naczynia zawierającego wodę wapienną, a tak skonstruowanego, iż spływa kroplami do moczu ew. $\frac{\text{N. oxalic}}{40}$

Określamy miano wody wapiennej w ten sposób, iż do 20 ctm³ $\frac{\text{N. ac. oxalic.}}{40}$ + kropla fenolftaleiny, dodajemy kroplami wodę wapienną, aż wystąpi czerwone zabarwienie; ilość ctm.³ — n. wywołuje to zabarwienie; 20 ctm.³ $\frac{\text{N. oxalic.}}{40} = 0{,}0245\ H_2SO_4$ czyli miano T. S. $= \frac{0{,}0245}{n}$ czyli 1 ctm.³ wody wapiennej zobojętnia $\frac{0{,}0245}{n}\ H_2SO_4$, wyrażamy bowiem kwaśność moczu jako równoważnik kwasu H_2SO_4.

Kwaśność moczu określamy w sposób następujący: Do 20 ctm³ moczu przesączonego dodajemy kroplami wodę wapienną dopóty, dopóki powstałe zmętnienie się jeszcze rozpuszcza. Koniec odczynu wskazuje zmętnienie stałe, nie znikające, stanowi je bowiem trójfosforan wapnia, nierozpuszczalny w środowisku obojętnem. Kwaśność w litrze moczu A = Ts. S. 50, przyczem Ts = miano wody wapiennej, S = ilości ctm.³ wody wapiennej, zużytej do zobojętnienia kwaśności zawartej w 20 ctm³ moczu i wyrażonej jako równoważnik H_2SO_4, a A czyli kwaśność litra moczu będzie 50 razy większa, czyli A = Ts. S. 50.

Joulie określa składniki moczu w stosunku % do ilości części stałych, które określa jako różnicę wagi litra moczu i litra wody przy tej samej ciepłocie. N. p. ciężar właściwy moczu D (densité) = 1028 przy ciepłocie 20° C. waga litra wody przy ciepłocie 20° C = 998,259, czyli waga części stałych przy ciepłocie 20° C będzie 1028 — 998,259 = 29,741. Cyfrę tę 29,741 oznacza Joulie jako E (excedent de densité de l'urine sur l'eau). R A czyli stosunek kwasności litra moczu do części stałych równa się $= \frac{\text{R A} = \text{Ts. S. } 50{,}100.}{\text{E}}$ (W danym konkretnym przypadku E = 29,741). W moczu człowieka zdrowego stosunek ten wyraża się cyfrą 4—5, średnio 4,5.

Stan kwaśności R A większy niż 4,5 nazywa się nadkwaśnością, a stan kwaśności R A $<4{,}5$ stanowi niedokwaśność. Statystyka wykazuje, iż na 2774 określań kwaśności 74% niedokwaśności $= <4{,}5$, 8% nadkwaśności $= >4{,}5$, 24% prawidłowe = 4,5.

Niedokwaśność moczu R A $<4{,}5$. Przyczyny: 1) Amoniak, wytwarzany przez komórki, jako produkt dezasymilacyi białka, podczas gdy inne komórki wytwarzają mocznik. Prawidłowo komórki wątroby, jak przekonują doświadczenia Cyona i Nenckiego, przetwarzają amoniak na mocznik; zmniejszenie czynności wątroby już nawet o 1/27 wystarczy, aby amoniak nie przeistoczony z tego powodu w mocznik zobojętniał wogóle kwaśność ustroju. 2) Jarskie pożywienie. 3) Wody alkaliczne. 4) Klimat — jako ciepłota i stopień wilgoci, uwalniając ustrój od kwasów organicznych zapomocą obfitych potów.

Następstwa niedokwaśności: 1) Tachykardya z powodu zmniejszonej lepkości krwi, a więc ułatwionej pracy serca. 2) Hypertermia. 3) Skłonność przy niedokwaśności do miażdżycy naczyń i stwardnień (sclerosis) narządów. Skłonność do złogów soli wapiennych, gdyż fosforan wapna tylko kwaśny jest rozpuszczalny, trójfosforan zaś tworzy osad. 4) Niedokwaśność uspasabia do gruźlicy: hodowle laseczników gruźliczych lepiej się udają w środowisku zasadowem. Przy szczepieniach moczu podejrzanego co do gruźlicy w celu rozpoznawczym należy zobojętniać mocz ługiem sodowym. 5) Niedokwaśność wywiera wpływ fatalny na przebieg gruźlicy, wywołując upadek odżywienia przez przyspieszoną wymianę materyi.

Nadkwaśność moczu R A > 4,5. Przyczyny: Dyspepsia acida — z powodu fermentacyi. Zależy od złego ustosunkowania jakości lub ilości pokarmów do siły trawiennej żołądka i jelit. Kwasy organiczne, powstałe skutkiem fermentacyi, zwiększają kwaśność krwi przez rozkład dwuwęglanów, a to zwiększa ilość kwaśnych fosforanów. Nadkwaśność z biegiem czasu przechodzi w niedokwaśność; przyczynia się do tego zobojętnianie kwaśności żołądka alkaliami; wytwarzanie w jelitach amoniaku skutkiem gnicia zawartości jelit.

Następstwa nadkwaśności: Skłonność do piasku i złogów moczanowych w nerkach i innych narządach.

W dyskusyi kol. Silberstrom zapytuje prelegenta, dlaczego wymieniony autor zarzucił metodę miareczkowania ługiem, oraz dlaczego do badania używa tylko moczu z nocy? — Kol. Trenkner przypomina, że podczas gruźlicy następuje demineralizacya ustroju i że na tem spostrzeżeniu jest oparte leczenie fosfacydem, oraz mówi o broszurze Brylińskiego, który wyraża się o tem leczeniu z uznaniem.

Kol. Birencweig odpowiada kol. Silberstromowi: Określenie kwaśności moczu zapomocą ługu sodowego i barwiących wskaźników (fenolftaleina, lakmus i t. d.) daje wyniki niejednakowe, stosownie do użytego wskaźnika. Wobec zabarwienia moczu wskaźnik barwiący nie nadaje się do operacyi. Kol. Trenknerowi: Przy leczeniu gruźlicy należy uczynić zadość 3 wskazaniom: 1) podnieść stopień kwaśności moczu czyli kwaśności ustrojowej wogóle, aby przeciwdziałać przyspieszonej przemianie materyi, 2) kompensować demineralizacyę ustroju przez wprowadzanie fosforanów, 3) dostarczyć materyału dla przyspieszonej przemiany materyi w celu zaoszczędzenia tkanek ustroju, któreby uległy utlenieniu. Pierwszym dwom wskazaniom czyni zadość phosot czyli kombinacya kreozotu z kwasem fosforowym, który w ustroju ulega rozkładowi na kreozot i kwas fosforowy. Trzeciemu wskazaniu zadość czyni kuracya tuczenia, o ile przewód pokarmowy nie uległ zaburzeniu. E. Sonenberg.

Ze spraw szpitalnictwa.

Księga pamiątkowa, wydana przez Magistrat m. Warszawy, i szpitale warszawskie w jej oświetleniu.

(Ciąg dalszy).

Otóż podług Księgi pamiątkowej »od tego typu kuchni normalnej odbiegają wszystkie kuchnie szpitali warszawskich z wyjątkiem Dzieciątka Jezus, Starozakonnych i częściowo św. Ducha«. Jabym nawet ten wyjątek uważał za nieuzasadniony. Najlepiej jeszcze stosunkowo przedstawia się obecnie po przebudowaniu kuchnia w Szpitalu Starozakonnych; w czasie, o którym mowa, i ona nie odpowiadała nawet skromnym wymaganiom. Co się tyczy kuchni Szpitala Dzieciątka Jezus, to ta ani jednemu z wyżej przytoczonych postulatów nie odpowiada. Nie miała ona pokoju do podziału (właściwie chyba do wydawania) potraw, pokoju do przyrządzania pokarmów mięsnych, pokoju do czyszczenia jarzyn. Pomieszczenie do mycia naczyń — to ciupa, zupełnie na to nie wystarczająca i nie mająca nawet odpowiednich urządzeń potemu. Skład i lodownia urządzone są źle i niewystarczająco. Właściwie kuchnię tworzyła jedna duża izba bez wentylacyi odpowiedniej z małą przylegającą do niej ciupką. W tej izbie odbywało się wszystko, a zatem zarówno przyrządzanie wszystkich bez wyjątku potraw (nawet siekanie i rąbanie mięsa), gotowanie i pieczenie, jako też i wydawanie służbie pawilonowej, która latem i zimą wchodziła z t. zw. kopsakami do środka, wnosząc śnieg i błoto na obuwiu. Ciasnota niemożliwa, zaduch, brud — oto obraz kuchni Szpitala Dzieciątka Jezus. Od tego czasu zrobiono wprawdzie małą przybudówkę dla służby, która obecnie nie wchodzi do środka kuchni po potrawy, lecz je otrzymuje przez okno. Jednakże stanowi to niewielki postęp naprzód. Jaka panuje w kuchni ciasnota, można już z tego sądzić, że pieczenie mięsa odbywa się nie w dzień wydawania go chorym, lecz w wigilię. Dziś popołudniu muszą w dwóch lub trzech porcyach wstawiać kolejno pieczeń (odrazu się nie zmieści), by ją opiec na wieczór, a jutro dać chorym odgrzewaną na obiad. Rano tego zrobić nie można, gdyż i całe przedpołudnie, począwszy od bardzo wczesnego rana, służba kuchenna zajęta jest przyrządzaniem zup i jarzyn. Trzeba bowiem tu dodać, że w jednym i tym samym kotle muszą być ugotowane trzy potrawy, np. zupa, jarzyna i klej. Kocioł na mleko mieści 100 garncy, a powinien mieścić około 300. A trzeba dodać, że u nas chorzy jadają właściwie trzy razy dziennie, nie pięć razy, jak zagranicą.

Przeładowanie szpitala chorymi usprawiedliwia ten obraz tylko częściowo, gdyż kuchnia szpitalna nie obsługuje za to Domu Wychowawczego, jak to było przy jej budowie postanowione. Cały ten powyższy obrazek przedstawiłem nieco obszerniej, by wykazać, co się działo i dziś jeszcze dzieje w innych szpitalach, skoro magistrat uznał porządki kuchenne w Szpitalu Dzieciątka Jezus za normalne.

W dalszym ciągu przeglądu szpitalnictwa warszawskiego Księga pamiątkowa zaznacza, że pokoje do przyjmowania chorych szpitalnych i ambulatorya są zupełnie nieodpowiednie. Służba szpitalna ma pomieszczenie niestosowne, a w wielu szpitalach musi spać na salach chorych, ponieważ oddzielnego pomieszczenia dla niej niema.

Także i wewnętrzne urządzenia oddziałów szpitalnych zupełnie nie odpowiadają obecnym wymaganiom. Sale operacyjne, z wyjątkiem czterech szpitali, są zupełnie niewystarczające; podręczne pracownie lekarskie posiadają tylko niektóre szpitale. W wielu szpitalach urządzenie łóżek i stolików zupełnie nie odpowiada potrzebom chorych; zamiast materaców chorzy mają sienniki, wypchane słomą; brak kołder i szlafroków uniemożliwia ich odkażanie przy przechodzeniu od chorego do chorego; brak bielizny, pościeli i wogóle przedmiotów codziennego użytku, jak np. widelców i noży.

Dalej sprawozdanie zwraca uwagę na nienormalnie niskie uposażenie lekarzy, których ilość możnaby uważać za wystarczającą. Znaczna ilość lekarzy (część ordynatorów, asystenci) nie pobiera nic za swą pracę szpitalną, inni pobierają płacę bardzo małą. Wskutek tego, podczas gdy w Cesarstwie nietylko w miastach stołecznych, lecz i w gubernialnych utrzymanie personalu lekarskiego zużywa 15%—20% ogólnych wydatków, w Warszawie taż pozycya waha się pomiędzy 3% a 10%. Sprawozdanie zaznacza brak prosektorów w szpitalach, a także znaczne ograniczenie środków leczniczych, które się sprowadzają właściwie do noża i recepty.

Przechodząc z kolei do pielęgnowania chorych, sprawozdanie powiada: »Wogóle liczbę osób, przeznaczoną do pielęgnowania chorych, można uważać za wystarczającą. Pomimo to zewsząd powtarzają się skargi na brak obsługi szpitalnej«. To ostatnie ma zależeć od nieodpowiednich urządzeń szpitalnych, uniemożliwiających zachowanie czystości; od nizkiego poziomu kulturalnego samych chorych; wreszcie od złego uposażenia i złego pomieszczenia służby szpitalnej, która z tych względów przy pierwszej sposobności opuszczą szpitale. Pomimo, że tak miały jakoby orzec liczne komisye, niezupełniebym się pisał na to. Przedewszystkiem nie mogę się zgodzić na to, by liczba osób, przeznaczonych do pielęgnowania chorych, była wystarczająca. Zagranicą, gdzie rzeczywiście łatwiejsze jest utrzymanie porządku wskutek lepszych urządzeń oraz wyż-

szej kultury chorych szpitalnych, średnio przypada około 10 chorych na jedną osobę pielęgnującą. Trzeba jednakże zwrócić uwagę na to, że ta osoba zajmuje się tylko chorymi, nie mając obowiązku zamiatania, mycia okien, czyszczenia wychodków i schodów, wynoszenia śmieci, biegania na posyłki, noszenia z kuchni jedzenia (służba kuchenna dostarcza tam potrawy pod sam pawilon), reparowania bielizny chorych itd. Tymczasem wszystko to stanowi u nas obowiązek służby oddziałowej. Co do liczby chorych, przypadających na jednego posługacza, pewną miarę powinna nam dać tablica statystyczna, pomieszczona w rozdziale siódmym (Tabl. 18, str. 454 i następne). Dotyczy ona wprawdzie stosunków z r. 1910, t. j. z tych czasów, gdy już magistrat dodał trochę sióstr i coś niecoś posługaczy i posługaczek, w każdym razie jednakże i te liczby w braku innych oficyalnych, powinny nam coś powiedzieć. Na nieszczęście muszę wyznać, że przytoczone tam liczby mówią niewiele, a nawet dla mnie są niezrozumiałe. Podług tych danych w Szpitalu Dzieciątka Jezus na jednego posługacza przypada średnio 5·7 do 10·5 chorych, przyczem na 20 przytoczonych oddziałów w 3 tylko średnio ta liczba chorych wynosi 10 z ułamkiem. Taki stosunek służby do chorych, gdyby istniał w rzeczywistości, mógłby uchodzić za świetny. Szkoda wielka, że układający tablicę w objaśnieniu do niej (str. 275) nie przytoczył, jaką drogą te liczby otrzymał.

Bez tego można się jedynie domyślać, że prawdopodobnie przy obliczaniu uwzględniono nie rzeczywistą liczbę chorych, lecz liczbę łóżek, i tę oto liczbę podzielono przez ogólną liczbę służby w pawilonie. Tą drogą otrzymano liczby fałszywe. Wszystkim przecież wiadomo, że poza oficyalnemi łóżkami na oddziałach były poustawiane rozmaitego typu brankardy dodatkowe, bardzo często sumptem ordynatorów fundowane; lecz i tego nie wystarczyło, to też podłogi korytarzy były pozakładane wprost siennikami, na których nieraz ciężko chorzy leżeli. Tak się prawie cały rok działo; to też statystyka nie może i tych chorych pomijać, tembardziej, że obsługa ich nieraz jest cięższa, niż leżących na łóżkach.

Z drugiej strony w każdym oddziale część tylko należącej doń służby zajmuje się właściwą obsługą chorych na salach. A więc nie może tu wejść w rachubę służba kuchenkowa, służba przy salach operacyjnych, opatrunkowych i pracowniach, wreszcie służba nocna, która wszędzie obliczona jest oddzielnie. Gdy te poprawki porobimy, to się okaże, iż obecnie na jednego posługacza, względnie posługaczkę szpitalną przypada 15 do 25, a niekiedy i więcej chorych. A zatem i w 1907 r. było nie lepiej. Co do Sióstr Miłosierdzia, to i tu przy obliczaniu (przynajmniej co do niektórych oddziałów) musiała zajść takasama pomyłka. Zresztą Siostra Miłosierdzia wbrew swemu przeznaczeniu, u nas zajmuje się przeważnie stroną gospodarczą, z właściwem zaś pielęgnowaniem chorych stosunkowo ma mniej do czynienia. Lecz nawet i w tym sensie pojmowanych Sióstr Miłosierdzia było w r. 1907 stanowczo za mało. Na jedną Siostrę wypadało wówczas po 50 do 60 i więcej chorych. W tych warunkach nie można było w Szpitalu Dzieciątka Jezus zorganizować nawet jakiejkolwiek nocnej opieki nad chorymi. Dopiero magistrat dodał trochę Sióstr Miłosierdzia i przez to poprawił nieco stosunki.

Co do innych przyczyn narzekania na służbę szpitali warszawskich, to oprócz podanych przez Księgę pamiątkową (piszę się na nie w zupełności), muszę jeszcze wymienić brak wykształcenia specyalnego i brak jakiegokolwiek unormowania ich pracy i wypoczynku. Przecież nawet Siostry Miłosierdzia nie otrzymują u nas absolutnie żadnego racyonalnego przygotowania teoretycznego ani praktycznego w sprawie pielęgnowania chorych. Służba niższa, czyli t. zw. posługacze, to ludzie bez żadnych kwalifikacyi, często analfabeci. Przychodzą do szpitala, nic nie umiejąc, i prędzej czy później opuszczają go, niewiele się nauczywszy.

Rozdział piąty Księgi kończy się krótkiem podsumowaniem tego, co już było mówione w poszczególnych opisach nieruchomości dochodowych, które należą do szpitali i zakładów dobroczynnych. Naogół obraz nie wesoły. Dość powiedzieć, że w wielu folwarkach w ciągu swej 37-letniej działalności nie zdołała Rada miejska dobr. publ. ustalić ani granic, ani zajmowanej przestrzeni. W wielu folwarkach zabudowania mieszkalne i gospodarcze są w stanie złym. O folwarku Rakowiec (perła szpitala św. Rocha) powiedziano, że »obecny sposób eksploatacyi folwarku Rakowiec musi uledz zmianie, w przeciwnym bowiem razie folwark zostanie doprowadzony do zupełnej ruiny«. Place miejskie, mające dużą wartość, przynosiły nadspodziewanie mało. Tosamo, zdaje się, można powiedzieć i o folwarkach oraz innych nieruchomościach, jak to zresztą opinia ogółu oddawna już głosiła. Zresztą można o tem coś sądzić z faktu, przytoczonego w odnośniku na str. 228, gdzie powiedziano, że magistrat zawarł nowy kontrakt z dzierżawcą folwarku Rudnik. Mocą tego kontraktu, zamiast płaconych dotychczas 735 rb., dzierżawca zobowiązał się płacić 2000 rb. rocznie, a nadto w ciągu pięciu lat wykonać kolejno następujące roboty: odnowić stajnię i szpichlerz, pobudować stodołę, zbudować drewniany dom mieszkalny, najmniej z pięciu pokoi, kuchni i wygód gospodarskich, wybudować ośmioraki dla służby (na dwie ostatnie budowle ma otrzymać materyał budowlany).

Tu dodać należy, że obejmując pod swój zarząd szpitale, magistrat z konieczności musiał przejąć i ich długi. Dość powiedzieć, że deficyt w r. 1906 wynosił 490000 rb., a ogół długów i zobowiązań, zaciągniętych przez Radę miejską dobr. publ., które magistrat musiał pokryć do 1 kwietnia 1908 r., stanowił 801040 rb.

Rozdział siódmy całkowicie poświęcono przeglądowi tego, co magistrat dokonał, dokonać zamierzał lub przynajmniej zaprojektował w latach, sprawozdaniem objętych. Zupełnie słusznie na początku tego rozdziału pomieszczono, że magistrat przejął zakłady dobroczynne w najbardziej niekorzystnych warunkach ich bytu i że miał przed sobą trudne i odpowiedzialne zadanie. Tak samo słusznie powiedziano, że rozpoczynał magistrat działalność w warunkach sprzyjających, albowiem społeczeństwo przyjęło nader przychylnie sam fakt przekazania magistratowi zakładów dobroczynnych i gotowe było służyć mu pomocą moralną; że jednakże toż społeczeństwo zbyt może pohopnie pragnęło i żądało natychmiastowych zmian tam, gdzie należało przedewszystkiem jak najrychlej zaprowadzić jakikolwiek ład, by dopiero następnie módz przystąpić do zmian gruntownych. Na to wszystko zgoda; niepodobna przecież żądać odrazu wielkich reform tam, gdzie się ma na karku zapłacenie przeszło ośmiukroć sto tysięcy długów i podpieranie tego, co się wprost wali. To też nie godziłbym się z tymi, którzy twierdzą, że dotąd nic nie zrobiono i że się w szpitalach pod zarządem magistratu dotąd prawie nic nie zmieniło na lepsze. Zmiany są, tylko że z samej istoty rzeczy nie mogą być efektowne. Dobrze zatem, iż nam magistrat dostarcza danych, byśmy mogli dokładniej ocenić jego działalność. Otóż trzeba przyznać, że po otrzymaniu spadku Rady miejskiej dobr. publ. zabrano się odrazu rączo do roboty, że już w ciągu pierwszych dwóch lat cośkolwiek zrobiono, a jeżeli nie zrobiono więcej, to zależało od braku środków, od przeszkód zewnętrznych, wreszcie od zbyt krótkiego czasu. Wyrażając i za to, czego dokonano, zupełne uznanie, muszę jednakże poczynić tu niektóre uwagi.

Działalność swą rozpoczął magistrat od tego, że do swego kolegium dobrał czterech członków ze społeczeństwa i zorganizował specyalny Wydział dobroczynności publicznej, którego kierunek objął K. Koralewski. Następnie dla wypracowania planu reform wybrał dwie komisye. Z tych jedna miała zająć się sprawą najniezbędniejszych reform w szpitalnictwie, a przedewszystkiem powiększenia liczby łóżek szpitalnych; druga zaś, obmyślaniem potrzebnych na to funduszów. Wynik działalności obu tych komisyi sprawozda-

nie podaje. Komisya finansowa pod przewodnictwem E. Zienkowskiego wypracowała projekt opodatkowania wszystkich mieszkańców m. Warszawy na rzecz szpitali, lecz projektu tego Ministeryum spraw wewnętrznych nawet nie rozpatrywało wobec zamierzonego wprowadzenia w Warszawie samorządu miejskiego. Do komisyi szpitalnej pod przewodnictwem Prof. Kosińskiego obok inspektora szpitali, naczelnika zakładów dobroczynnych i budowniczego, weszli jeszcze naczelni lekarze szpitali i kilku ordynatorów. Nie powiem, by wynik działalności tej komisyi można było nazwać zupełnie udatnym. Trudno mi na tem miejscu poddawać cały projekt szczegółowej krytyce, niemniej przeto należy niektóre jego punkty omówić, ponieważ jest to głos lekarzy, powołanych przez magistrat do wypowiedzenia swej opinii. Muszę tu przedewszystkiem uczynić jedną uwagę. Tak w tym projekcie, jak i w wielu innych robotach, przedsiębranych bądźto przez b. Radę miejską dobr. publ., bądźto już w nowszych czasach przez magistrat, przebija często jeden objaw, a mianowicie brak ludzi fachowych, dokładnie obznajmionych z wymaganiami szpitalnictwa. Przy prowadzeniu tak ważnej sprawy, jak szpitalnictwo w Warszawie, magistrat musi mieć bezwarunkowo przynajmniej jednego lekarza i jednego budowniczego, dokładnie znających stan szpitalnictwa na Zachodzie (specyalnie w Niemczech) i wciąż śledzących rozwój tej tak dziś żywotnej umiejętności.

(Dok. nast.).

Konkurs.

Jeden ze współpracowników »Przeglądu lekarskiego« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Izba lekarska zachodnio-galicyjska ukonstytuowała się na posiedzeniu w d. 4. V., wybierając prezydentem Dr St. Schoenguta, wiceprezydentem Dr W. Damskiego, członkami Wydziału Drów Bednarskiego (z Alwernii), Ciechanowskiego i Stahra, zastępcami Dr Dietziusa (z Jarosławia), Łowczowskiego (z Wojnicza) i Płochockiego (z N. Sącza), delegatem do Krajowej Rady zdrowia Dra Ciechanowskiego, zastępcą delegata Dra Dietziusa; członkami komisyi kontrolującej Dr Dietziusa i Zaleskiego (z Sanoka).

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła d. 4. V. 1912 we Lwowie posiedzenie, na którem przedmiotem obrad były wnioski Związku lekarzy rządowych w Galicyi w sprawie poprawy pomocy położniczej dla ludności, sprawa wydawania kąpieli w Krynicy, zakładu leczniczego w Zakopanem i docentury higieny w szkole wydziałowej w Drohobyczu.

— Wydział lekarski uchwalił na posiedzeniu w d. 10. V. przedstawić Prof. Dr Emila Godlewskiego na zwyczajną katedrę biologii i embryologii, a na posiedzeniu d. 27. II. Prof. Dr Stanisława Ciechanowskiego do tytułu i charakteru profesora zwyczajnego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stefan Korwin Szymański, rodem z Warszawy i p. Kazimierz Jaworski, rodem z Lublina.

— Wiercenia podjęte w Krynicy natrafiły na pierwsze ślady wody mineralnej w głębokości 104 m.

Warszawa. W Warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy poruszył Dr K. Rzętkowski niedomagania naszej prasy lekarskiej, nawołując do skupienia sił i środków i przypominając między innemi potrzebę złączenia obu tygodników warszawskich w jeden. Dało to powód do polemiki między Dr Z. Srebrnym a Dr Rzętkowskim na szpaltach »Medycyny i Kroniki lekarskiej« (Nr 17 i 18), z której wnosić można, że poczucie konieczności reform na tem polu, poruszonej przez nas jeszcze przed laty kilkunastu, a potem podnoszonej niejednokrotnie w czasopismach i na Zjazdach lekarskich naszych, staje się coraz głębsze i szersze. Należy mieć nadzieję, że ostatnia dyskusya przyczyni się do przyspieszenia tych reform. Nie powtarzając tego, co wielokrotnie o tem już u nas pisano i mówiono, przypomnimy tylko przy tej sposobności podaną przez nas niedawno wiadomość o ostatecznem uregulowaniu stosunków w czasopiśmiennictwie lekarskiem czeskiem, gdzie wszystkie czasopisma połączyły się w zeszłym miesiącu w jedno wydawnictwo. Dlaczegóżby u nas nie miało być możliwe to, czego dokonali Czesi, odznaczający się wielkim zmysłem praktycznym?

— Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy w Warszawie miała w r. z. (dwunastym istnienia) 143 członków, 69.609 rb. majątku, 1612 rb. czystego dochodu; wypożyczono 18.925 rb., wypłacono dywidendy (3%) 1318 rb. Do Zarządu na r. b. zostali wybrani Drowie Guranowski, Kucharzewski, Hewelke, Wisłocki i J. Zawadzki (Medyc. i Kronika lek. 18).

— Warszawskie Stowarzyszenie lekarzy, zawiązane 26. I. 1911, miało w r. 1911 404 członków, 8457 rb. majątku, 8463 rb. dochodu, a 7588 rb. rozchodu. Przy Stowarzyszeniu działały komisye: przemysłowo-lekarska, kooperacyjna, dla spraw medycyny i praktyki prowincyonalnej. Konferencyi odbyło się 6, mianowicie: 1) Dr Hewelke: »O oględzinach pośmiertnych«, 2) Dr J. Zawadzki: »O stosunku lekarza leczącego do lekarza chorego i jego rodziny«, 3) p. Nowodworski: »Medycyna a prawo«, 4) Dr Kramsztyk: »Wschodnie brzegi Afryki«, 5) Dr Bronowski: »Stan materyalny lekarzy w Królestwie«, 6) p. Miklaszewski: »O t. zw. środkach odżywczych«. (Med. i Kron. lek: 18).

— Powołana przez Magistrat komisya budowy zakładu dla obłąkanych obliczyła koszt zakładu o 550 łóżkach na 2,500.000 rubli, a koszt jednego dnia szpitalnego w tym zakładzie na 70 kop. Budowa zajmie cztery lata.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 29. IV. do 6. V. 1912 przypadków: ospy 6 † 3, płonicy 1, duru osutkowego 1. Dr Trenkner.

Z różych stron. Doroczne zebranie angielskiego »Royal Institute of Public Health« odbędzie się 25—28 lipca b. r. w Berlinie. Głównymi tematami obrad (które odbędą się w języku angielskim) będzie sprawa gruźlicy (sprawozdawca prof. Woodhead) i szczepienia przeciwdurowe (Cummins).

Zmarli: dr. Izydor Krakowski z Warszawy w 50 r. ż. w Zakopanem.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 4. Cena 2 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Tegoroczny zeszyt czwarty, przeznaczony jak zwykle na rozprawy z zakresu chorób dróg moczowych, wenerycznych i skórnych, zawiera 4 prace: 1) Prof. Klemperera: »Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu kamicy nerkowej«, 2) Prof. Oberlaendera: »Moczenie krwawe«, 3) Prof. Jadassohna: »Jakie stanowisko zająć ma lekarz praktyczny wobec leczenia kiły salwarsanem?« 4) Dr K. Sieberta: Postępy w leczeniu wiewióra«. Zwłaszcza obie ostatnie rozprawy mają wartość dla szerszych kół lekarskich. W rozprawie Prof. Jadassohna o salwarsanie omówiona jest metodyka, dawkowanie, leczenie kombinowane z leczeniem rtęcią i t. d., szkodliwe skutki uboczne, wreszcie rozpatruje autor pytanie, czy lekarz-praktyk ma prawo i obowiązek stosować salwarsan, odpowiadając na nie z pewnemi zastrzeżeniami twierdząco. Z.

Redaktor odpowiedzialny
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 15. maja 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr Z. Szymanowskiego: O anafilaksyi.

Rok LI. Kraków, dnia 18. maja 1912. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka słów o gruźliczem zapaleniu otrzewnej i o chirurgicznem jego leczeniu

podał [1])

Dr med. M. Łążyński.

Gruźlicze zapalenie otrzewnej jest chorobą, o której zaledwie od lat 20 częściej mówią, gdyż od tego czasu dokładniej ją znają.

Chociaż badania nad gruźlicą nabierają prawdziwej wartości naukowej dopiero od czasów Laënneca, to jednak wogóle była gruźlica już znana uczonym świata starożytnego, a również wiadomo było lekarzom od czasów najdawniejszych, że są wysięki w jamie brzusznej, które po zwykłem przekłuciu znikają zupełnie i nie odnawiają się w ciągu szeregu lat. Marcello Donato w wieku XVII pierwszy odróżnia płyn swobodny od wysięków otorbionych w jamie brzusznej, a w stuleciu ubiegłem Frank Martell kładzie podwaliny pod różniczkowanie przesięków od wysięków. W parę lat potem Henoch (1855 r.) opisuje przypadek marskości sieci i błon wrzekomych na otrzewnej w połączeniu z wysiękiem; nie jest to nic innego, jak gruźlicze zapalenie otrzewnej. W r. 1862 Spencer Wells podaje swój klasyczny przypadek wyleczenia gruźlicy otrzewnej po operacyi, przedsięwziętej w celu usunięcia torbieli jajnika. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że znajdował się w niej wysięk otorbiony. Chora wyzdrowiała i żyła później jeszcze 25 lat.

Pomimo to jednak jeszcze w r. 1882 Heinecke (w wydawnictwie chirurgicznem Billrotha i Pithy) utożsamia co do rokowania wysięki w jamie brzusznej pochodzenia rakowego, mięsakowego i gruźliczego. Dopiero König w roku 1884 kładzie trwałe podwaliny pod leczenie chirurgiczne wysięków gruźliczych w jamie otrzewnej.

Co do objawów klinicznych omawianej choroby, to większość autorów podaje przebieg jej, jako odrazu przewlekły; chorzy zwykle nie kładą się do łóżka, chyba zmuszeni do tego wielkiem wycieńczeniem i brakiem sił. Jednakże trafiają się przypadki o przebiegu ostrym, przypominającym do pewnego stopnia dur brzuszny.

Zapalenie otrzewnej gruźlicze można podzielić na dwie wielkie grupy, — zapalenie »suche« i »wysiękowe«.

[1]) Odczyt w Polskiem Towarzystwie lekarskiem w Kijowie.

Pojęcie: zapalenie suche, jest względne, gdyż niewielkie ilości płynu i jemu zwykle towarzyszą. Wysięk zawsze prawie bywa przeźroczysty, surowiczy; wysięków ropnych opisano niewiele. Wysięk bywa wolny lub otorbiony. Jelita przy wysiękach układają się w górze, częściej z prawej strony, a to zdaniem Kochera wskutek ukośnego przymocowania nasady krezki. Postać sucha powszechnie uważana jest za złośliwszą, daje bowiem często nacieki ścian jelita, zrosty z otrzewną ścienną, a ogniska gruźlicze na wzór nowotworów złośliwych drążą z otrzewnej w ścianę brzuszną, tworząc ostatecznie przetoki kałowe. Postać ta wywołuje zlepy i zrosty między jelitami lub między jelitami a innymi narządami wewnętrznymi, jak wątrobą, trzustką, jajnikami i t. d., powodując objawy niedrożności. Lauper opisuje kilka takich przypadków z kliniki Kochera. Zgrubienia sieci nieraz naśladują guzy jamy brzusznej, jajników, jajowodów, macicy. Jednakże zrosty, powodujące objawy niedrożności, spostrzega się także i w postaciach wysiękowych. Przypadek taki miałem w swej praktyce.

Chorą, około 50-letnią, widziałem pierwszy raz na wsi i stwierdziłem u niej ciężkie objawy niedrożności jelit, oraz wysięk w jamie brzusznej. Skierowałem ją zaraz do kliniki chirurgicznej, gdzie ją operowano. W jamie brzusznej znaleźliśmy obfity wysięk, na otrzewnej mnóstwo gruzełków, okrężnica poprzeczna była zaciśnięta włóknistym powrózkiem. Po operacyi stan chorej znacznie się poprawił i obecnie chora żyje i czuje się nieźle (3 lata).

W jaki sposób prątki gruźlicze dostają się do otrzewnej? Przedewszystkiem zapomocą ogólnego obiegu krwi z ognisk gruźliczych już istniejących, a także według wszelkiego prawdopodobieństwa przez ściany jelita, tak gruźliczo schorzałego, z owrzodzeniami na śluzówce, jako też i nieuszkodzonego, o czem nie wątpi Ebstein, a co na zwierzętach świeżo dowiódł Jurgielunas [1]). Ten autor znajdował mianowicie pod błoną surowiczą wyrostka robaczkowego królików, karmionych zawiesiną prątków gruźliczych bydła rogatego, charakterystyczne gruzełki, chociaż nie było zmian w innych warstwach ściany jelita.

Nadto pierwotnem ogniskiem, skąd następnie zarazek się rozprzestrzenia — per continuitatem, mogą być gruczoły chłonne krezkowe; u kobiety, wewnętrzne narządy rodne; wreszcie płuca, opłucna i gruczoły oskrzelowe, skąd zaka-

[1]) Proischożd. i razwitie obszczej bugorczatki. Dyssert. Kijów 1910 r.

żenie przez przeponę dostaje się do jamy brzusznej. Wogóle w większości przypadków przy zapaleniu otrzewnej gruźliczem podczas oględzin zwłok znajdowano ogniska gruźlicze i w innych narządach.

Częstość omawianej choroby podaje Sick z Hamburga na 4,5%, Pribram na 4,7%. Choroba nie oszczędza ani dzieci, ani dorosłych, ani starców. Gelpke jest zdania, że najczęściej bywają dotknięte osoby dorastające, w drugim lat dziesiątku. Małe dzieci chorują rzadziej (Leyden), rokowanie jednak jest tutaj niepomyślne; zdaniem Bagińskyego choroba u dzieci małych zawsze prawie kończy się zejściem śmiertelnem. Zważywszy jednak, że, jak to ostatnimi czasy stwierdzono, jest wiele przypadków lekkich, — raczej przebiegających bez ciężkich objawów klinicznych, pozostających często bez stanowczego rozpoznania, rokowanie i dla wieku dziecięcego należałoby nieco złagodzić.

Zdaje się, że wszyscy lekarze kliniczni zgadzają się, iż w wielu przypadkach rozpoznanie gruźlicy otrzewnej natrafia na trudności. Prawie każdy z nich miał w swej praktyce chorych, u których cierpienie to rozpoznano dopiero po otwarciu jamy brzusznej, w przypadkach szczęśliwszych, na żywym, w mniej szczęśliwych, na zwłokach, jak to było n. p. z chorym Gelpkego, który w przeddzień śmierci odrzucał jeszcze śnieg łopatą, a na sekcyi znaleziono u niego ogromnie posunięte gruźlicze zapalenie otrzewnej.

Obecnie wiemy, że wiele przypadków gruźliczych wysięków w jamie brzusznej, których przyroda gruźlicza sprawdzona została przez szczepienie zwierzętom, przebiegało bez ciężkich objawów, rozpoznanie zaś było przypadkowem. W każdym razie, jeżeli mamy chorego z wysiękiem w jamie brzusznej, trochę gorączkującego, chudnącego, jeżeli objawów tych nie można złożyć na karb choroby serca, wątroby lub nerek, to należy pomyśleć o gruźliczem zapaleniu otrzewnej. Niewielkie ilości wysięku, mniej niż dwa litry, trudno lub wcale nie dają się określić opukiwaniem. Pomaga tutaj do pewnego stopnia badanie przez odbytnicę, a także opukiwanie chorego stojącego i leżącego na czworakach. Kiedy się uda dostać płyn zapomocą przekłucia próbnego, to wynik dodatni szczepienia takiego płynu zwierzętom oczywiście rozstrzyga sprawę. Postaci gruźlicy suchej towarzyszą zwykle wybitniejsze objawy chorobowe, przeważnie bóle w jamie brzusznej i wysoka gorączka, co ułatwia nieco rozpoznanie choroby.

Godną uwagi jest co do rokowania przy omawianem cierpieniu różnica zdań dawniejszych autorów niemieckich i francuskich.

Pierwsi, jak Runge, Eichhorst, Niemeyer, uważali chorobę za nieuleczalną, drudzy zapatrywali się na sprawę bardziej optymistycznie. I tak Louis, mówiąc o powikłaniach suchot płucnych, jeszcze w trzecim dziesiątku ubiegłego stulecia powiada, że u pewnych osób z zapalnymi wysiękami w otrzewnej, z przebiegiem choroby bardzo przewlekłym, po dość długich przypadłościach ze strony brzucha objawy zapalenia otrzewnej znikają. Juéneau de Mussy również twierdzi, że zapalenie gruźlicze otrzewnej może być wyleczone, jak wogóle mogą się zagoić inne ogniska gruźlicze. Czem się da wytłómaczyć ta różnica zdań? Być może, różnicą klimatu, łagodniejszego we Francyi, który wogóle sprzyja walce ustroju z gruźlicą; być może także, lepszymi warunkami bytu społecznego ówczesnej Francyi. Dzisiaj wiemy już z pewnością, że gruźlica otrzewnej jest chorobą uleczalną; w przypadkach lżejszych następuje zwykle samowyleczenie, jak to daje się spostrzegać także w zapaleniu opłucnej, która ma wiele cech wspólnych z otrzewną. Gelpke jest zdania, że pod względem zdolności zdrowienia obydwu tych błon surowiczych panuje zupełna analogia.

Co do leczenia chirurgicznego gruźlicy otrzewnej, to jak już wspomniałem, od czasu spostrzeżeń Königa panuje wśród większości lekarzy pewność, że w wielu przypadkach otwarcie jamy brzusznej i wypuszczenie wysięku, lub proste otwarcie jamy brzusznej bez jakichkolwiek innych zabiegów (jako to płukanie rozczynami odkażającymi, wycieranie wacikami i t. d.) wiedzie w postaci suchej do długotrwałego polepszenia, lub nawet wyleczenia. Wyleczenie w danym przypadku rozumiemy w znaczeniu klinicznem, t. j. ustąpienie na lat kilka lub kilkanaście wszelkich objawów chorobowych.

Dłuższy czas patrzano na wyniki tej prostej operacyi, jako na zjawisko zagadkowe. Starano się wytłómaczyć ustępowanie sprawy gruźliczej na otrzewnej wpływem światła (Lauenstein, Dodson, Porter), lub powietrza (Mosetig, Leyden, Folex) i dlatego po wypuszczeniu wysięku trójgrańcem wdmuchiwano powietrze. Inni przypisywali znaczenie rozstrzygające wprowadzonym podczas operacyi ciałom odkażającym: König, jak wiadomo, stosował jodoform i kwas karbolowy. Fehling wreszcie przypuszczał, że podczas operacyi dostają się do jamy otrzewnej inne drobnoustroje, zwalczające prątki gruźlicze.

Jednakże, jeżeli uznamy analogię między otrzewną, a innemi błonami surowiczemi, — w pierwszym zaś rzędzie opłucną, która rozwojowo jest blizko z otrzewną spokrewniona, — to obaczymy, że zjawisko to, napozór zagadkowe, dotyczy tak samo i gruźliczych wysięków w opłucnej, które po jednem lub kilkakrotnem przekłuciu mogą na stałe, lub przynajmniej na bardzo długi przeciąg czasu znikać. Tożsamo daje się spostrzegać i na błonach maziowych. A jednak przy leczeniu przekłuciem i wyssaniem wysięków opłucnej i błon maziowych unikamy starannie dostępu powietrza; o działaniu zaś światła przez wązki otwór chwilowy nie może chyba być mowy. Pomimo to osiągamy nieraz i tu i tam wynik dodatni.

Po wypuszczeniu wysięku z jamy brzusznej, czy to zapomocą cięcia, czy trójgrańca, zawsze prawie w pierwszych dniach po zabiegu zbiera się pewna ilość płynu. Tak Rose, Ramoni, Herzfeld, Naumann, Bardenheuer, Stilling, Kappeler, Schwarz, Hildebrand, kładą nacisk na to, iż po każdej laparotomii, dla opróżnienia gruźliczego wysięku dokonanej, płyn gromadzi się ponownie, co nieraz zmusza do powtórnych operacyi. Joffé powtarzał operacyę trzy razy, d'Urso 4 razy. Niezwykły przypadek opisał Carvi: w ciągu 2 miesięcy dwa razy dziennie wypuszczał choremu zapomocą trójgrańca od 500,0 do 1000,0 płynu, dopóki chory nie wyzdrowiał. Niektórzy (Dörfler, Ochsner, Gluck, Löhlein) chirurgowie, by uniknąć powtórnych operacyi, powzięli myśl sączkowania otrzewnej. Jednakże myśl ta szczęśliwą nie była, gdyż sączkowanie takie sprzyjało tworzeniu się przetok, osłabiało chorych, gdy przeciwnie

tworzeniu się po operacyi nowego wysięku w jamie zamkniętej towarzyszy zwykle ogólne polepszenie stanu chorego. Jeżeli raz jeszcze porównamy otrzewnę z innemi błonami surowiczemi, to obaczymy, że tam sączkowanie wysięków gruźliczych jest przeciwwskazane.

Gruźlica doświadczalna u zwierząt, przynajmniej u psów, leczona następnie drogą chirurgiczną, daje tak samo, jak u człowieka, wysięk pooperacyjny. Gatti, któremu w pierwszym rzędzie owe doświadczenia na psach zawdzięczamy, pierwszy, jeżeli się nie mylę, wypowiedział zdanie, że ten płyn surowiczy, który zbiera się po operacyi u zwierząt w gruźliczo zmienionej otrzewnej, posiada działanie bakteryobójcze i autor ten przypisuje mu działanie lecznicze u zwierząt, nie robi atoli jeszcze uogólnień co do podobnegoż działania wysięku u ludzi. Dalsze doświadczenia na psach z gruźliczem zapaleniem otrzewnej wykazały, że leczenie operacyjne niezawsze dawało jedne i te same wyniki. Mianowicie stan zwierząt, u których dłużej pozostawiono pierwotny wysięk, po wypuszczeniu jego poprawiał się. Zwierzęta ze świeżym wysiękiem po operacyi ginęły. Sprawiało to zatem wrażenie, że wysięk świeży jest rzeczą potrzebną dla ustroju.

Jeżeli zwrócimy się do spostrzeżeń klinicznych, to zauważymy mniej więcej podobny stosunek. Ze sprawozdania z kliniki Kochera (Lauper, 1906 r.) widać, że operacya dała wynik dodatni w tych przypadkach, w których wysięk trwał nie mniej niż pół roku. W paru przypadkach, operowanych po 2-miesięcznem trwaniu wysięku, był także wynik dobry. Odznaczały się one bardzo obfitem nagromadzeniem się płynu. Parę przypadków ze świeżym wysiękiem (od 3 do 6 tygodni) po operacyi zakończyło się zejściem śmiertelnem. Dwa inne przypadki wskutek obecności powikłań nie są tak przekonujące. U Lindnera na 34 wyleczonych wszyscy, oprócz trzech, mieli wysięki, trwające od 4 miesięcy do $1\frac{1}{2}$, a nawet do $2\frac{1}{2}$ lat. Trzy świeże przypadki operowano wskutek bardzo wielkiej ilości płynu. Z 13 przypadków, które się zakończyły śmiercią, tylko 3 było ze starym wysiękiem; z tych jeden chory zmarł wskutek zapadu, dwaj drudzy z niewielką ilością wysięku wskutek wycieńczenia po utworzeniu się przetok kałowych. W danych statystycznych z kliniki Döderleina na 10 przez operacyę wyleczonych chorych — jedna tylko wczesna operacya (wysięk trwał od dwóch miesięcy), za to na 15 zejść śmiertelnych — 12 wczesnych operacyi. Podobneż wyniki otrzymali Runge, Lehmann, Braun.

Nasuwa się tu pytanie, jakie tłómaczenie danego zjawiska będzie najbardziej przekonujące?

Mnie się zdaje, że tłómaczenie Gelpkego najwięcej zbliża się do prawdy. Podaje on taką teoryę. Wysięk pierwiastkowo jest pożyteczny i zawiera gruźliczą antytoksynę resp. antymikrobinę. Czynnik ten wystarcza do zwalczenia lżejszych postaci choroby. W krótkim stosunkowo czasie wywołuje on wyleczenie się sprawy gruźliczej i następnie sam zostaje wessany. W przypadkach poważniejszych nie wystarcza działanie pierwotnego wysięku, przynajmniej niezupełnie wystarcza. Wysięk przytem nie wchłania się, bądź to wskutek tego, że tkanki (w danym przypadku otrzewna) są napojone ciałami, zawartemi w wysięku (izotonia), co unicestwia ich zdolność chłonną w tym kierunku, bądź to wskutek tego, że naczynia krwionośne są w stanie zapalnym, w którym mają więcej zdolności do tworzenia wysięku, niż do wchłaniania. Jeżeli zaś ten zużyty wysięk (verbrauchtes Exsudat) wypuścić, naczynia krwionośne napełniają się i tworzy się nowy, czynny wysięk, który zwalcza sprawę chorobową. Otwierając jamę brzuszną i wypuszczając płyn, przedewszystkiem wywołujemy przekrwienie całej otrzewnej i przytem nietylko bierne, ale i czynne, gdyż napełniają się nietylko żyły, ale i drobne tętnice rozszerzają się. A zatem mamy tutaj nietylko zastój żylny, ale wogóle przekrwienie.

Że takie przekrwienie wywiera stanowczo dobroczynny wpływ na sprawę, zdaje się nie ulegać wątpliwości. W tym sensie wypowiedział zdanie cały szereg badaczy, Nassauer, Schramm, Bartz, Bumm, Winkel, Hildebrand. Hildebrand przypuszczenia swoje poparł doświadczeniami na zwierzętach ze sztucznie wywołaną gruźlicą otrzewnej. Operował on następnie jedne z nich zwyczajnie, drugie pod warstwą fizyologicznego rozczynu soli, w którym to przypadku przekrwienie »ex vacuo« nie następowało. Te zwierzęta ginęły, natomiast operowane w warunkach zwykłych powracały do zdrowia.

Samo otwarcie jamy brzusznej tam, gdzie niema płynu, także daje pewne przekrwienie i wytwarza następczy wysięk pooperacyjny (Hildebrand), ale nieznaczny. To też laparotomia w postaciach suchych gruźlicy otrzewnej nie daje wyników tak pomyślnych, jak w postaciach wysiękowych, zwłaszcza z wielkiemi ilościami płynu.

Pogląd ten co do wpływu operacyi, a mianowicie opróżnienia wysięku, na sprawę gruźliczą, można mojem zdaniem zastosować do innych błon surowiczych, błon maziowych i ropni zimnych. Należy tylko w ocenie wyników praktycznych uwzględniać anatomiczne, histologiczne i fizyologiczne właściwości tkanki, dotkniętej chorobą. Im tkanka jest żywotniejsza, im bogatsze jej unaczynienie, im więcej posiada zdolności plastycznych, — tem wynik zabiegu będzie lepszy. Uwzględniając to wszystko, zrozumiemy, dlaczego jednorazowe wypuszczenie wysięku z jamy brzusznej tak często daje trwałe pomyślne wyniki, a takisam zabieg na stawie kolanowym bardzo rzadko wystarcza. W tych razach doświadczenie nauczyło nas stosowania środków tak zwanych swoistych, w pierwszym rzędzie jodoformu. Ale według wszelkiego prawdopodobieństwa stosowanie jodoformu, które praktycznie daje często tak dobre wyniki, teoretycznie da się uzasadnić nie tyle bakteryobójczą własnością tego środka, ile długotrwałem, łagodnie drażniącem działaniem, które sprawia rozszerzenie nielicznych naczyń błon maziowych lub nawet tworzenie się nowych. Taki sam, być może, wpływ mają kąpiele szlamowe (limany rosyjskie, fango włoskie).

Co do tego, jaki sposób wypuszczania płynu przy wysiękach gruźliczych w otrzewnej jest bardziej celowy, zdania się dzielą. Jedni są za cięciem, drudzy za przekłuciem. Ten drugi sposób, o ile z piśmiennictwa wnosić można, znalazł znaczną ilość zwolenników wśród polskich chirurgów. Leśniowski, Landstein, Borsuk, Świątecki, Stankiewicz leczyli omawiane cierpienie przekłuciem z wynikami pomyślnymi. Zważywszy istotę rzeczy, to sposób leczenia i jeden i drugi można uważać za dobry.

Nadmienić należy tutaj jeszcze o jednem ciekawem, powszechnie znanem zjawisku, które mniej wyraźnie daje

się stwierdzać przy wysiękach otrzewnych, a wyraźnie występuje przy wysiękach w opłucnej, gdzie łatwo opukiwaniem określić niewielkie wahania w ilości płynu. Zjawisko to polega na tem, że po wypuszczeniu części płynu, nawet niewielkiej, następuje wessanie reszty. Jak to wytłomaczyć? Sama przez się nasuwa się myśl, że po usunięciu części płynu następuje zmniejszenie ciśnienia w zamkniętym worku i na miejsce usuniętej części wstępuje pewna ilość nowego płynu surowiczego. Płyn ten zaś, być może, zawiera w sobie ciało, zobojętniające pozostały wysięk, jak kwas zasadę. Zobojętniony wysięk przestaje drażnić błonę surowiczą, której stan zapalny o tyle się zmniejsza, że naczynia zaczynają wchłaniać. Można też przypuścić, że nowy wysięk zawiera ciało aktywujące, jak to się dzieje w stosunku enterokinazy do soku trzustki, — i w takim razie wszystek płyn nabiera własności bakteryobójczych, zwalcza zarazek, usuwając przyczynę zapalenia, a sprawa kończy się wessaniem płynu.

Na zakończenie pozwolę sobie wypowiedzieć następujące wnioski:

1. Zapalenie otrzewnej gruźlicze wysiękowe, nie powikłane znacznemi zmianami w płucach i innych narządach, jest w większości przypadków wyleczalne.

2. Wysięk gruźliczy w otrzewnej należy wypuścić czy to zapomocą trójgrańca, czy cięciem powłok, jeżeli leczenie zachowawcze w ciągu 4—6 miesięcy nie daje wyników pomyślnych.

3. Jeżeli wysięk jest duży, można operować wcześniej; jeżeli niewielki, lepiej z operacyą nie spieszyć.

4. W postaciach gruźlicy otrzewnej suchych lub z nieznacznym wysiękiem po operacyi dla wzmożenia dobroczynnego przekrwienia błony surowiczej wskazane jest wprowadzenie do jamy brzusznej zawiesiny jodoformowej.

5. Oddzielanie zrostów, wycieranie gazą błony surowiczej jest niebezpieczne, gdyż łatwo potem tworzą się przetoki kałowe. Zrosty oddzielać należy tylko wtedy, jeżeli wywołują one zwężenie jelit.

6. Autoseroterapia wysięków gruźliczych nie jest uzasadniona teoretycznie, a praktycznie, sądząc z piśmiennictwa, nie daje wyników dodatnich, może być zaś szkodliwa przez autoinokulacyę gruźlicy.

Z Zakładu chemii lekarskiej (Dyrektor Prof. Dr Bądzyński) i z Kliniki lekarskiej (Dyrektor Prof. Dr Gluziński) c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

Jak należy sobie tłomaczyć działanie atofanu?

podał

Dr Witold Skórczewski.

Wśród środków, używanych w ostatnich czasach w leczeniu dny, nabrał dużo rozgłosu kwas dwufenilo-chinolino-czworokarbonowy z powodu swej własności zwiększania wydalania kwasu moczowego, czego przy stosowaniu żadnego środka leczniczego w tej mierze nigdy nie spostrzegano.

Zajmując się od paru miesięcy sprawą działania atofanu na ustrój ludzki (wyniki prac ogłosiliśmy wspólnie z Dr J. Sohnem w pismach lekarskich tygodniowych), natrafiliśmy na pewne fakty, które różnią się zupełnie od dotychczasowego tłomaczenia działania atofonu i zmuszają mnie do zwrócenia uwagi na najprostsze i według mego zapatrywania najprawdopodobniejsze tłomaczenie jego działania.

Prócz pracy Emila Starkensteina, który spostrzegał zmniejszenie ilości allantoiny u królików i psów po podaniu atofanu i zwrócił pierwszy uwagę na możliwość zaburzenia utleniania, godzą się autorowie, zajmujący się tą sprawą, na zapatrywania Prof. Weintrauda, który przypisuje atofanowi własność usuwania nadmiaru kwasu moczowego z ustroju. Na razie tłomaczenie to mogłoby się wydawać dziwnem, ponieważ nie znamy dotychczas środków leczniczych, mających podobne własności, dalej ponieważ stwierdzenie działania eliminacyjnego nie zostało poparte doświadczeniem, zwłaszcza ze względu na czynność nerek, jednak tłomaczyło bardzo pięknie krzywą wydalania kwasu moczowego, jaka po podaniu atofanu występowała. Zwiększenie tuż po podaniu największe odpowiadać miało wydaleniu nagromadzonej w sokach ustroju soli kwasu moczowego; następne cyfry niższe świadczyć miały o wyługowaniu nadmiaru kwasu moczowego.

Zostawiając roztrząsanie zapatrywań Prof. Weintrauda do dalszych ustępów niniejszej publikacyi, wspomnieć muszę o wspólnych naszych badaniach nad tym tematem z Dr J. Sohnem, które sprawę działania atofanu przesunąć musiały na inne tory. Udało nam się bowiem zauważyć pewne fakta, które wchodzą głębiej w zachowanie się ustroju wobec atofanu. Mianowicie opierając się na ogłoszonych przez nas występujących w moczach poatofanowych odczynach barwnych, zwłaszcza odczynie dwuazowym (Tygodnik lekarski Nr 47, 1911) zdołaliśmy wyosobnić z takiego moczu ciało, będące utlenionym atofanem. Grupa wodoru przy węglu łańcucha benzolowego zostaje zastąpiona wodorotlenkiem. Analiza pierwiastkowa potwierdza powyższe spostrzeżenie (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 16 1912). Stwierdzenie powyższego faktu pozwala nam niezbicie wnosić, że ustrój zmuszony jest dla przeprowadzenia atofanu w oksyatofan wykonać pewną pracę utleniającą. Nasuwa się natychmiast pytanie, czy ustrój tę pracę bez żadnego uszczerbku pokonuje. Odpowiedź na to pytanie daje w części praca moja i Dr J. Sohna, drukowana w lwowskim »Tygodniku lekarskim« (Nr 13, 14, r. 1912), a wreszcie i doświadczenia, zestawione w załączonej tablicy. W pracy wspólnej stwierdziliśmy mianowicie wzrost siarki obojętnej podczas podawania atofanu. Pozwoliliśmy sobie wysnuć wniosek, że wzrost siarki obojętnej zależy od zaburzenia we wydalaniu kwasów oksyproteinowych. Obecnie dla uzupełnienia przeprowadziłem 2 doświadczenia, w których prócz azotu, kwasu moczowego, siarki mineralnej i obojętnej oznaczałem kwasy oksyproteinowe metodą Gawińskiego. Mocz zbierałem z 3 dób tak z okresów przedatofanowych, jak i podczas podawania atofanu. W okresie atofanowym podawałem 3 gr. atofanu na dobę. Dyetę dostawali chorzy mieszaną. Azot oznaczałem metodą Kjeldahla, kwas moczowy metodą Wörnera, siarkę mineralną

strącałem chlorkiem baru, ogólną oznaczałem metodą Modrakowskiego.

Oznaczenia azotu, kwasu moczowego, siarki mineralnej i ogólnej, jakoteż azotu i siarki w syrupach barowych kwasów oksyproteinowych przed i podczas podawania atofanu.

	Mocz z 3 dób. Ilości średnie z 24 godzin.	Ilość moczu	Azot	Azot kwasu moczowego	Siarka mineralna	Siarka obojętna	Stosunek siarki obojętnej do ogólnej	Azot kw. oksyproteinowych	Siarka kwasów oksyproteinowych	Stosunek azotu kw. oksyprotein. do azotu moczu	Stosunek siarki kw. oksyprot. do siarki obojętnej	Stosunek siarki kw. oksyprot. do ich azotu.
Łukasz Z. l. 35 Bronchitis diff. Dyeta mieszana	przed podaniem	1207	13·616	0·135	0·8544	0·1084	11·2%	0·7939	0·1032	5·83%	95%	1:7·7
	podczas podawania atofanu	1093	11·113	0·191	0·5703	0·1275	18·2%	0·7041	0·1070	6·33%	84%	1:6·5
Ilko G. l. 36 Res. post. pleur. dextr. Bronchitis d. Dyeta mieszana	przed podaniem	1320	16·924	0·2096	1·3357	0·1705	11·3%	0·6699	0·0723	3·95%	50·7%	1:9·2
	podczas podawania atofanu	1255	14·196	0·3062	1·0576	0·1857	14·9%	0·6720	0·0899	4·73%	56·7%	1:7·5

Załączona tablica stwierdza wzrost odsetkowy azotu kwasów proteinowych podczas podawania atofanu i wzrost tak odsetkowy jak i bezwzględny siarki, zawartej w tychże kwasach. Gdybyśmy przyjęli za zasadę zapatrywanie Gawińskiego, że cała siarka obojętna jest zawarta w kwasach oksyproteinowych i odpowiednio wprowadzili poprawki tam, gdzie cyfry według tych obliczeń wypadają niższe, wnioski, które u wstępu z tablicy wyciągamy, zupełnie nie ulegną zmianie. Zwrócić musimy zwłaszcza uwagę na przesunięcie się stosunku między azotem a siarką w obu doświadczeniach na korzyść siarki. Doświadczenia te uważam za niedostateczne, aby z nich wyciągać niezbite wnioski, jednak potwierdzają one dawniejsze nasze przypuszczenia, że podczas podawania atofanu powstają zaburzenie w wydalaniu kwasów oksyproteinowych.

Opierając się na dotychczasowych wynikach, pozwolę sobie przedstawić moje zapatrywania w sprawie działania atofanu, poprzedziwszy je przytoczeniem kilku znanych danych z licznych badań nad przemianą materyi, aby uplastycznić bieg moich myśli.

W pierwszym rzędzie chciałbym kilka słów nadmienić o ważności roli kwasów oksyproteinowych w przemianie białka ustroju. Około 4% azotu znajduje się w moczu, należącego do tych związków. W sprawach chorobowych odsetek ten znacznie wzrasta. Ciała te, wyosobnione przez prof. Bądzyńskiego i jego uczniów z moczów ludzkich, mają naturę wyraźnie kwasową, trudno przechodzą przez błony zwierzęce, zawierają w swym składzie prócz azotu, węgla, wodoru i tlenu, również i siarkę. Badania Dąbrowskiego i Browińskiego wykazały możność odszczepienia zapomocą gotowania z kwasami kwasów aminowych, a badania Gawińskiego stwierdziły, że siarka obojętna prawidłowego moczu ludzkiego należy w całości do kwasów oksyproteinowych. Wszystkie te spostrzeżenia przemawiają za znaczną wielkością drobiny kwasów oksyproteinowych, więc należy przypuścić, że są one jednemi z wyższych pochodnych podczas czynności rozpadu białka w ustroju powstałymi.

W 4 znanych kwasach oksyproteinowych spostrzedz musimy wybitną różnicę między kwasami antoksy- i oksyproteinowymi, a alloksyproteinowym i urochromem. Gdy pierwsze zawierają dwa razy większe ilości azotu, to ostatnie zawierają 5 razy większe ilości siarki. Stąd przesunięcie się stosunku w syrupie barowym azotu kwasów oksyproteinowych do siarki na korzyść siarki musi na podstawie obecnych zapatrywań nasunąć przypuszczenia zwiększenia się po podaniu atofanu zwłaszcza ilości urochromu, uznanego jako podstawowy barwik moczu. Z zapatrywaniem tem zgadza się i spostrzeżenie kliniczne, że mocz po podaniu atofanu jest zawsze znacznie ciemniej zabarwiony.

* * *

Sprawa powiększenia wydalania kwasu moczowego po podawaniu atofanu skłania mnie do „przypomnienia schematu rozpadu ciał, należących do białek złożonych, mianowicie nukleoproteidów.

nukleoproteid
/\
białko nukleina
/\
białko kwas nukleinowy
/\
kwas fosforowy zasada purynowa
|
kwas moczowy
|
(mocznik)?

Kwas moczowy jest jednem z ostatnich ogniw tego łańcucha. Pamiętając o zwiększeniu się wydalania jego po podaniu atofanu, mielibyśmy następujące pytania do rozstrzygnięcia. W pierwszym rzędzie, czy nie ma tutaj wzmożonego rozpadu nukleoproteidów, jako skutku trującego działania środka, a więc czy ilość kwasu fosforowego równocześnie się nie zwiększy. Zgodna odpowiedź na to w doświadczeniach Starkensteina, Weintrauda, Dohrna, naszych i wielu innych nie wykazuje zwiększenia kwasu fosforowego w moczu (rozbiorów kału dotychczas nie posiadamy), a więc

przypuszczenie wzmożonego rozpadu nukloproteidów nie jest uzasadnione. Pytanie następne dotyczy zagadnienia, czy dokładniejszy rozkład zasad purynowych nie mógłby wywołać przyrostu kwasu moczowego. Wprawdzie ilość ich w moczu nie jest wielka, ale i tu pewne wnioski możnaby wysnuwać. Badania dotychczasowe (Nicolaier i Dohrn, Skórczewski i Sohn) nie wykazują ich zmniejszenia w okresach atofanowych, a więc nie możemy wnosić o przyroście kwasu moczowego na koszt zasad purynowych.

Następnie nasuwa się pytanie, czy zwiększenie wydalania kwasu moczowego nie jest zależne od wydalania nadmiaru kwasu moczowego pod wpływem swoistym. Zapatrywanie podobne jest podstawą tak zwanej teoryi eliminacyjnej Weintrauda. Za zapatrywaniem tem przemawiałoby znaczne zwiększenie ilości kwasu moczowego pod wpływem pierwszej dawki, przy znacznie mniejszem zwiększeniu w dniach następnych mimo podawania dawek tej samej wysokości. Ściślejsza jednak obserwacya wykazuje cały szereg faktów, które z tem zapatrywaniem pogodzić trudno. A więc najpierw nie jest stwierdzone, że istnieje w ustroju nadmiar kwasu moczowego, który miałby być wydalony, dalej przypuściwszy, że ten nadmiar istnieje i został przez pierwsze dawki wydalony, to dalsze podawanie atofanu przy dyecie bezpurynowej nie powinno wywoływać wzrostu kwasu moczowego ponad ilości średnie, co z doświadczeniem nie jest zgodne. Spostrzegamy bowiem wahania w wydalaniu i liczby wyższe od średnich podczas całego okresu podawania środka.

Liczby te, zwłaszcza u chorych dnawych, są nieraz bardzo wysokie, tu jednak możnaby przypuszczać wyługowywanie kwasu moczowego nagromadzonego w złogach, co u chorych nie dnawych stanowczo teoryą eliminacyjną nie da się wytłomaczyć. Dalej zupełnie niezrozumiałe jest spostrzeżenie, że po okresie podania atofanu ilości kwasu moczowego opadają niżej ilości średnich. Wobec wytwarzania prawdopodobnie jednakowo wielkiego, trzebaby przyjąć składanie kwasu moczowego w ustroju, coby niebardzo przemawiało za korzystnem działaniem atofanu. Niebardzo za zapatrywaniem Weintrauda przemawiają badania zawartości kwasu moczowego we krwi, gdzie n. p. prof. Plehn stwierdzał mimo braku kwasu moczowego we krwi znaczne powiększenie wydzielania kwasu moczowego z moczem wskutek podanego tuż po badaniu krwi atofanu.

A teraz zastanówmy się, czy nie istnieje inna możliwość, zdolna wytłomaczyć te wszystkie napotykane wątpliwości, zwłaszcza, że doświadczenia w celu wykazania sprawności nerek podczas podawania atofanu nie dały wyników dodatnich, a raczej, że istnieją fakty, które zdają się świadczyć wprost przeciwnie. Myślę tu o zatrzymaniu w ustroju azotu, chloru i wody, które zawsze dadzą się spostrzedz, a które i w załączonej tablicy są uwidocznione, z których to spostrzeżeń możnaby raczej wysnuć wnioski o upośledzeniu czynności wydalniczej nerki podczas podawania atofanu. W tym duchu stara się Retzlaff zmodyfikować zapatrywanie Weintrauda, zwłaszcza że stwierdził obecność kwasu moczowego we krwi po podaniu atofanu u niednawych z dyetą bezpurynową, co świadczyć miało o zwiększeniu się ilości kwasu moczowego we krwi, a nie za wyługowującem działaniem nerki. Stąd przypisuje Retzlaff atofanowi własności swoiste niejako zaczynowe (?) wydalania kwasu moczowego, nie odnosząc jednak tego działania do czynności nerek. Obydwa te tłomaczenia wprowadzają czynnik nowy, pojęcie w fizyologii dotychczas nie znane, nie licząc się z faktem, że działanie atofanu da się bez wprowadzenia nowych pojęć wytłomaczyć.

Z badań nad zachowaniem się kwasu moczowego w ustroju wynika, że kwas moczowy nie w całkowitej swej ilości, pochodzącej z rozkładu nukleoproteidów ustroju i wprowadzonych pokarmów, zostaje z moczem wydalony. Zdolności rozkładania kwasu moczowego posiadają według badań Wöhlera i Frerichsa, Wienera, Buriana, Schittenhelma i wielu innych pewne narządy rozmaitych zwierząt (wątroba, nerki, mięsień, szpik kostny). Tak nazwana urykoliza odbywa się u rozmaitych ssaków z rozmaitem natężeniem. U człowieka również ona istnieje; za nią przemawia niestosunek między ilością nukleoproteidów, jako ciała rozkładanego i kwasem moczowym, dalej spostrzeżenie, że po wstrzyknięciu dawki kwasu moczowego zaledwie połowę wstrzykniętej ilości możemy wykazać w moczu w stanie niezmienionym. Z możliwością rozpadu kwasu moczowego musiałem się liczyć, i z tej strony roztrząsać robione nad atofanem doświadczenia.

A teraz zważmy, że zmniejszenie rozkładu kwasu moczowego, które objawić się musi powiększeniem jego wydalania, jest zaburzeniem utleniania, że zaburzenie utleniania podczas podawania atofanu istnieje, że świadczy o niem niezbicie zwiększenie ilości siarki obojętnej, i że z drugiej strony wykazujemy wynik pracy utleniającej w przemianie atofanu w oksyatofan. W ten sposób zdołalibyśmy jedną przyczyną wytłomaczyć wszystkie objawy, a obecnie przejdźmy do roztrząsania tych danych, które są słabemi stronami teoryi eliminacyjnej. A więc w pierwszym rzędzie musimy spostrzegać przez cały czas podawania atofanu zwiększenie ilości kwasu moczowego, co w rzeczywistości jest zgodne ze spostrzeżeniami; powinniśmy w chorobach, uważanych za zaburzenia utleniania mieć cyfry kwasu moczowego w tym okresie wyższe, niż u innych chorych, co w rzeczywistości spostrzegamy n. p. u dnawych. Nie zdziwią nas wahania w wydalaniu kwasu moczowego podczas podawania atofanu, ponieważ tak zachować się powinien ustrój w stanie, że tak nazwę, niedomogi utleniania. Jasną stanie się stwierdzana przez Retzlaffa urykemia po podaniu atofanu. Również doświadczenia Baucha i Dohrna, którzy odnajdowali po wstrzyknięciu kwasu moczowego śródżylnie całkowite ilości w moczu w okresach atofanowych, jasno wytłomaczyć możemy. Wreszcie zrozumieć byłoby łatwo niskie, niżej średniej stojące ilości kwasu moczowego w okresach poatofanowych, zwróciwszy uwagę, że ustrój przez czas podawania atofanu wykonywał zwiększoną pracę utleniającą, co było niejako ćwiczeniem, i że w okresie, kiedy praca ta przez usunięcie środka leczniczego się zmniejsza, ustrój potrafi sprostać lepiej zadaniu rozkładania kwasu moczowego.

Pozostaje nam jedynie wytłomaczyć spostrzeżenie, będące fundamentem teoryi eliminacyjnej, mianowicie znacznie wyższe cyfry kwasu moczowego, jakie spotrzegamy w pierwszym dniu podawania atofanu. Tutaj w rzeczywistości napotykamy na pewne trudności, które na razie jedynie przypuszczeniami i roztrząsaniem teoretycznem możemy wypełnić. Rozpatrywać tę sprawę możemy co do

dwu ewentualności: 1) W ustroju istnieje nadmiar kwasu moczowego, który może być wydalonym. 2) W ustroju nadmiaru kwasu moczowego niema i należy wyższą cyfrę wydalanego kwasu moczowego inaczej tłomaczyć. Ze stanowiska pierwszego moglibyśmy przypuszczać, że sole atofanu, a zwłaszcza posiadającego silniejsze własności kwasowe oksyatofanu, mogą grać rolę rozpuszczalnika dla kwasu moczowego, dalej, że podobną rolę mogą grać zmienione warunki zawartości kwasów oksyproteinowych we krwi, co wszystko mogłoby ułatwiać wydalanie kwasu moczowego z ustroju. Gdybyśmy natomiast wyszli z drugiego założenia, to znaczy, że w ustroju nadmiaru kwasu moczowego niema, co według mojego zapatrywania jest prawdopodobniejsze, musielibyśmy przypuścić większe zaburzenie rozkładania kwasu moczowego w dniu pierwszym, niż w następnych. Przyczyna tego zaburzenia jest niejasna i eksperyment ma tutaj pole do popisu; każde dowodzenie będzie tak dowolnem, jak n. p. teorya eliminacyjna. Na dowód jednak, że bez wprowadzenia nowych pojęć da się sprawę nieco rozjaśnić, niech służy następujące zestawienie faktów, które jednak nie ma pretensyi do rozstrzygnięcia sprawy.

Dotychczas podawane środki oksydacyjne nie zawierały grupy kwasowej, ani benzol, ani chinolina jej nie zawierają, a tak atofan, jak i paratofan i isatofan zawierają grupę kwasową i mają wspólną własność wydalania większej ilości kwasu moczowego. Przypomnijmy sobie obecnie doświadczenia Wiechowskiego, Wienera, Schittenhelma, które stwierdzają, że rozkład kwasu moczowego odbywa się pod wpływem enzymu oksydazy w środowisku słabo zasadowem, gorzej w obojętnem, nie odbywa się w kwaśnem. Nagłe wessanie większej ilości środka kwaśnego może zmienić warunki działania tegoż enzymu, zwłaszcza, że stwierdzona jest jego wzmożona praca na utlenianie atofanu i przypuścićby należało, że sprawa się tak przedstawia pod wpływem pierwszej dawki atofanu, o ile ona jest dość wielka. Małe dawki nie wywołują zwiększenia kwasu moczowego, choć może według teoryi eliminacyjnej należałoby się tego spodziewać. Następnie ustrój wyrównuje istniejące zaburzenie alkaliczności środowiska znanymi środkami i nie wysuwa się na plan pierwszy wydalanie kwasu moczowego, ale utlenianie siarki obojętnej. Jako dowód pracy ustroju w tym kierunku, to znaczy alkalizacyi środowiska podczas podawania atofanu, niech służy zwiększenie ilości amoniaku, choć ono nie jest zwiększeniem bezwzględnem, jeno stosunkowem w porównaniu do całkowitej ilości azotu. Z pracy naszej wspólnej z Dr J. Sohnem można zauważyć stosunek ten przesuwający się na korzyść amoniaku w obu przypadkach, w których amoniak oznaczaliśmy w cyfrach 1:25 i 1:17 w okresie przedatofanowym i w cyfrach 1:20 i 1:13 w okresie atofanowym.

Tak się przedstawiają moje zapatrywania na sposób działania atofanu, a obecnie chciałbym wspomnieć o roli, jaką środek ten dla farmakologii może posiadać. Jest on środkiem, wywołującym zaburzenia utleniania, czy więc jako taki, może ustrojowi mimoto przynieść pewne korzyści? I tu nietylko spostrzeżenia lekarzy praktycznych, ale i doświadczenie fizyologiczne za tem przemawia. Przypomnijmy sobie jedynie nizkie cyfry kwasu moczowego w okresie poatofanowym, z których wyciągnęliśmy wniosek o energiczniejszem działaniu utleniającem w tych okresach, a zrozumiałemi się staną spostrzeżenia klinicystów. Z drugiej strony budzą się wątpliwości, czy obecne dawkowanie atofanu odpowiada celowi i nie jest nieco nieopatrznem.

Obecne dawkowanie nasuwa na myśl porównanie z ćwiczeniem gimnastyka początkującego jak największymi ciężarami. Należałoby zaczynać raczej od małych dawek, zwolna je zwiększając tak, aby nie doprowadzać do zwiększonego wydalania kwasu moczowego. W ostrych napadach dny należałoby raczej środka tego nie stosować, wychodząc z zasady zupełnego spokoju, jaki w tym razie jest najskuteczniejszy, a z ćwiczeniem ustroju powstrzymać się do czasu zwolnienia choroby. Ostrożność lekarza przy stosowaniu tego środka jest niewątpliwie wskazana.

Oceny i sprawozdania.

Krankheit und soziale Lage. Herausgegeben von Prof. Dr M. Mosse und Dr M. Tugendreich (Berlin). München, J. F. Lehmann's Verlag. 1912. Zeszyt 1, str. 232, (Cena 6 marek).

Zadaniem dzieła tego, zakrojonego na większą skalę, a opracowanego przez 20 autorów, znanych z działalności piśmienniczej i praktycznej na polu higieniczno-społecznem, jest, wedle słów wydawców, »określić stopień udziału czynników socyalnych w powstawaniu i przebiegu chorób«. Według tego byłoby to opracowanie kilku działów higieny społecznej, pojętej jako umiejętność, która stoi na pograniczu medycyny i higieny z jednej, a polityki socyalnej i ekonomicznej z drugiej strony. Przedmiot dzieła możnaby określić mianem »etyologii i patologii socyalnej«, gdyby nie to, że programem jego objęty jest także dział, zatytułowany »terapia socyalna«, a mający objąć rozprawy o zwalczaniu socyalnych przyczyn chorób przez państwo, przez gminy i działalność prywatną, o wpływie ustawodawstwa społecznego na zapobieganie, rozpoznawanie i przebieg chorób i o środkach socyalnych dla poprawy rasy (eugenika socyalna). Przez włączenie tych działów przekracza dzieło poza właściwy zakres swego tytułu i staje się próbą zbiorowego podręcznika całej prawie higieny społecznej, jak tę naukę obecnie, niezupełnie zresztą szczęśliwie, nazwano.

Wydany dotychczas zeszyt pierwszy zawiera »Wstęp« pióra Prof. Mossego i Dra Tugendreicha, »Zasady statystyki chorób i przyczyn śmierci« napisane przez Prof. Silbergleita, jakoteż trzy pierwsze rozdziały »Etyologii socyalnej«, traktujące o wpływie na chorobowość i śmiertelność — mieszkania, pożywienia i pracy względnie zawodu (Prof. Wernicke, Prof. Hirschfeld, Dr Koelsch).

We wstępie, oprócz roztrząsań zasadniczych pojęć etyologicznych, omawiają autorowie znaczenie statystyki w socyologii, statystykę niemiecką, dotyczącą ludności niezamożnej i potrzebującej opieki, następnie podają krótki zarys historyczny badań nad wpływem czynników socyalnych na choroby, wreszcie poruszają sprawę »terapii socyalnej«, opieki społecznej i doboru społecznego. Bardzo ciekawa dla każdego lekarza, nietylko dla tych, którzy zajmują się higieną społeczną, jest treściwa rozprawka Prof. Silbergleita o zasadach statystyki chorobowości i śmiertelności, tworząca drugi rozdział »Części ogólnej« dzieła. Ciekawa zaś jest dlatego, że z tą ścisłością i dokładnością, na jaką stać tylko zawodowego statystyka (autor jest dyrektorem urzędu statystycznego m. Berlina) przedstawia autor dodatnie i ujemne strony metody statystycznej i określa ostrożności i zastrzeżenia,

pod jakiemi można się posługiwać statystyką chorobowości i śmiertelności. Na tym jednym zaś już przykładzie można się nauczyć, że nie jest rzeczą łatwą posługiwanie się statystyką, jako metodą umiejętnego badania i ocenić, jak wiele jest dyletantyzmu w takich statystykach, jakich używa się dziś i nadużywa w całej medycynie.

Z trzech dotąd ogłoszonych rozdziałów drugiej części dzieła rozpatruje w pierwszym Prof. Wernicke po uwagach ogólnych i historycznych naprzód ogólną higienę mieszkania, przechodząc kolejno wpływ wilgotności mieszkań, braku światła, przegrzania, złego powietrza w mieszkaniach, — następnie choroby »mieszkaniowe« w ściślejszem znaczeniu, do których zalicza w pierwszym rzędzie gruźlicę, dalej choroby niemowląt w gorącej porze roku, krótko tylko dotykając wpływu niehigienicznych mieszkań na powstawanie i szerzenie się innych chorób. W zakończeniu rozdziału podaje Prof. Wernicke środki zapobiegawcze. — Rozdział drugi, napisany przez Prof. Hirschfelda, traktuje o wpływie odżywiania na chorobowość i śmiertelność; rozdział ten podaje bardzo ciekawe dane o różnicach pożywienia w różnych warstwach społecznych wogóle, a potem w szczególności o pożywieniu najuboższych warstw robotniczych, ludności rolnej, więźniów w zakładach karnych i ludności zamożniejszej. Dalej rozpatruje autor wpływ nadmiernego odżywiania się i wpływ niewłaściwego składu pokarmów. Dla niejednego czytelnika niespodzianką być mogą końcowe wnioski autora, bo choć zawierają one rzeczy niezupełnie nowe, niemniej jednak dotychczas mało spopularyzowane. Zdaniem autora nie daje się mianowicie z dostateczną ścisłością stwierdzić, czy pospolita wśród ludności rolnej przewaga pokarmów roślinnych o znacznej objętości wywiera jakiś wybitniejszy wpływ szkodliwy na zdrowie; wśród ludności robotniczej (przemysłowej) zaś pożywienie tego rodzaju wywołuje wprawdzie wątłość i niedokrwistość, jednakże wbrew oczekiwaniu stan zdrowia tej ludności wcale nie jest zresztą szczególnie zły, a gruźlica nie grasuje wśród niej szczególnie silnie. Pożywienie warstw zamożniejszych usposabia swoim składem do zaparcia stolca i przy niewielkich już przekroczeniach miary do otyłości. Nie można jednak rozstrzygnąć, czy występujące w tych warstwach częściej, niż w uboższych, choroby serca, naczyń, wątroby i przemiany materyi pozostają w jakimś stosunku do nadmiernego i składem swym nieodpowiedniego pożywienia, czy też ważniejszą rolę gra tu nadużywanie wyskoku i tytoniu oraz niedostateczna czynność mięśni.

Trzeci, najlepiej może ze wszystkich opracowany rozdział, pióra Dra Koelscha, krajowego lekarskiego inspektora przemysłowego (Landesgewerbearzt) w Monachium, traktuje o wpływie pracy resp. zawodu na chorobowość i śmiertelność. Co do wpływu wogóle pracy, a raczej nadmiernej pracy, to autor roztrząsa wpływ zmęczenia i wyczerpania, wpływ pracy nocnej, higienę pracy kobiet i dzieci. Następnie przechodzi autor kolejno szkodliwe czynniki, działające w różnych zawodach na ustrój, jakoto: nadmierne światło, hałas, ciepłotę zbyt wysoką i zbyt nizką, wilgoć, nieprawidłowe ciśnienie powietrza, pył, w końcu (czytelnikowi-lekarzowi najlepiej znane) zawodowe zakażenia i zatrucia, oraz nieszczęśliwe wypadki w przemyśle. W końcu rozpatruje autor poszczególne choroby zawodowe według narządów i według zawodów.

Każdy rozdział dzieła zaopatrzony jest dobrze dobranym wykazem piśmiennictwa danego przedmiotu.

Z wydanej dotychczas części można już wytworzyć sobie zdanie o wadach i zaletach całego wogóle dzieła. Do pierwszych należy wspólna a nieunikniona wada wszelkich prac zbiorowych, wykonanych przez kilkunastu autorów: pewna niejednolitość w traktowaniu przedmiotu, tu i owdzie mimo usiłowań naczelnej redakcyi nieuniknione drobne różnice poglądów lub powtarzania rzeczy, raz już powiedzianych. Drugą wadą, którą zapewne spotyka się w każdem dziele, stojącem na pograniczu dwu wielkich grup umiejętności, jest niezawsze szczęśliwe zastosowanie się do potrzeb czytelnika: zbyt popularne traktowanie jednych, zbyt ścisłe drugich zagadnień, pomijając już to, że nieraz lekarzowi wyda się zbyt popularnym rozdział, który może socyologowi dostarczy dużo rzeczy mało lub wcale nieznanych, i na odwrót. Tej drugiej wady w dziełach podobnego rodzaju uniknąć jednakże bardzo trudno, jeśli nie niepodobna. To też czytelnik-lekarz powinien w tym względzie być wyrozumiały, jeżeli gdzieniegdzie (np. w rozdziale, napisanym przez Wernickego, albo w ustępach o poszczególnych chorobach zawodowych) napotka szczegóły, które mu są już dawno wiadome; wynagrodzą go za to hojnie wszystkie te ustępy, w których autorowie prowadzą go na pole zagadnień socyologicznych, podają wskazówki, jak ma sobie radzić na tym, przez lekarzy niestety zbyt mało uprawianym terenie i nasuwają czytelnikowi całe szeregi podniet do samodzielnego myślenia.

Wobec tego, że w naszem piśmiennictwie prócz drobnych rozprawek zaznacza się dotychczas higiena społeczna stosunkowo mało, godzi się polecić książkę, wydawaną przez Mossego i Tugendreicha, uwadze tych lekarzy naszych, władających językiem niemieckim, dla których socyologiczna strona medycyny nie jest obojętna. C.

L. E. Bregman. **Dyagnostyka chorób nerwowych.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Warszawa 1910.

Dzieło Bregmana wypełnia dotkliwą lukę w naszej literaturze lekarskiej, a o potrzebie podręcznika dyagnostyki chorób nerwowych, którego dotąd w języku polskim nie posiadaliśmy wcale, rozwodzić się jest rzeczą zbyteczną. Ten pierwszy nasz podręcznik stanął odrazu na poziomie najlepszych dzieł, jakie w tym zakresie posiadają literatury obce.

Praca Bregmana jest dziełem o blizko 500 stronach druku, zawierającem 143 rysunków, przeważnie z własnych spostrzeżeń, i grupującem wielki materyał neuropatologiczny ze strony objawowej, przy jednoczesnem należytem uwzględnieniu wartości różniczkowej poszczególnych objawów. Prawie w każdym rozdziale przejawia się bogate doświadczenie własne autora. Dyagnostyka Bregmana zawiera wszystkie ważniejsze wyniki prac autorów obcych i polskich (szkoda, że nie podaje przytem szczegółowo źródeł), ma jednakże charakter nie kompilacyjny, ale do tego stopnia oryginalny, że w niejednym rozdziale i specyalista neurolog może skorzystać ze spostrzeżeń i uwag autora.

Przedmiot jest tak wielki i różnorodny, że oczywiście już z natury swojej nie nadaje się do ujęcia w ramy krótkiego sprawozdania. Ogólnikowo tylko zaznaczyć należy, że — jak to często bywa z podręcznikami wogóle — poszczególne rozdziały są niejednakowo przez autora traktowane.

Rozdziały, omawiające zaburzenia cielesne przy chorobach nerwowych, są opracowane bardzo szczegółowo i starannie. Wszędzie, gdzie jest mowa o ośrodkach korowych, nieco rażącem jest jednak grubo materyalistyczne pojmowanie przez autora czynności komórek nerwowych, np. w wyrażeniach: »ośrodki muszą (?) być rozumiane jako stałe skojarzenia czynnościowe komórek dla pewnego celu« (str. 105), »kora pojęciowa« (str. 350), »komórki korowe (pamięciowe) ulegają pobudzeniu samoistnie, wytwarzając wyobrażenia zmysłowe, upostaciowane na zewnątrz« (str. 317). Nawet zupełnie zdecydowani zwolennicy teoryi neuronów pojmują dzisiaj przeważnie ośrodki korowe w sposób bardziej dynamiczny, nie przesądzający z góry czynności komórek i włókien nerwowych. Twierdzenie, że w porażeniu połowiczem »objawu Babińskiego braknie« (str. 108), jest widocznie omyłką druku.

W przeciwstawieniu do szczegółowego opracowania

rozdziałów o zaburzeniach cielesnych w chorobach nerwowych, należy stwierdzić, że rozdział o »zaburzeniach umysłowych« jest przez autora traktowany po macoszemu. Z zaburzeniami psychicznemi załatwia się autor na 30 stronach, na których omawia objawy psychiczne nietylko w nerwicach, ale i w całym szeregu chorób mózgowych, nawet w porażeniu postępującem, alkoholizmie, idyotyzmie itd. Treść tego rozdziału nie dorosła również do wysokiego poziomu innych rozdziałów, gdyż zawiera mylne twierdzenia, jak np. że władze umysłowe »są zwykle naruszone równomiernie« (str. 367), albo że błędne wnioskowanie jest urojeniem (str. 368), albo że »stupor« jest stopniem pośrednim pomiędzy »coma« a »sopor« i »somnolentia« (str. 371) i t. p.

Podręcznik napisany jest jasnym i jędrnym stylem, zawiera jednak tu i ówdzie błędy językowe, np. »wbrew afazyi zmysłowej, chorzy z afazyą ruchową świadomi są swych zaburzeń« (str. 349), zamiast »w przeciwieństwie do chorych na afazyę zmysłową«, »bezczułość« zamiast »znieczulenie«, »porażenie ogranicza się na oddzielnych częściach ciała« (str. 108) zamiast »do oddzielnych części« itp.

Przy tak wielkiem przedsięwzięciu, jakiem jest dzisiaj stworzenie oryginalnego podręcznika dyagnostyki chorób nerwowych, szczególniej przez jednego człowieka, trudno jest uniknąć pewnych braków, a nawet błędów. Jeśli się je wykazuje z obowiązku sprawozdawczego, to nie zmniejsza to bynajmniej wielkiej wartości dzieła o tak istotnych zaletach, jakiemi się »Dyagnostyka« Bregmana odznacza.

J. Mazurkiewicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ferranini. **Praca młynarza: wdychanie pyłu mącznego.** (Riforma medica, 1912 Nr 10). F. przeprowadził badania nad robotnikami, zajętymi w młynie i to w miejscu, gdzie najobficiej unosi się pył mączny (mianowicie tam, gdzie mąkę wsypuje się do worków). Prawie u połowy robotników znalazł przy badaniu spirometrem Phöbusa mniej lub więcej wybitnie zmniejszoną powierzchnię oddechową, a ponieważ były to osoby, u których można było stanowczo wyłączyć wszelkie inne przyczyny, mogące zmniejszyć powierzchnię oddechową, więc autor przypisuje ten stan zatkaniu pęcherzyków płucnych pyłem mącznym. W wydzielinie dróg oddechowych znajdował zapomocą próby jodowej zawsze skrobię, czasem erytrodekstrynę, niekiedy nawet mikroskopowo. Drugiego, równie ważnego składnika mąki, glutyny, szukał F. w wydzielinie z oskrzeli zapomocą próby białkowej (albuminoreazione), która w większości przypadków była dodatnia, bardzo często równocześnie z dodatnią próbą jodową. U osób badanych można było równocześnie wyłączyć gruźlicę płuc, gdzie wspomniana próba jest z reguły dodatnia, jak również i takie stany, jak zapalenie płuc, przekrwienie i obrzęk, zapalenie opłucnej, wady serca i białkomocz, gdzie próba ta zwykle jest dodatnia. Ponieważ zaś zwykłe zapalenie oskrzeli, które tu mogło w grę wchodzić, nie daje tego odczynu, więc dodatni jego wynik należało odnieść tutaj do obecności w drogach oddechowych glutyny. Jak wynika z doświadczeń nad zwierzętami, skrobia, wprowadzona do dróg oddechowych, ulega przemianie na cukier gronowy, który daje się wykazać w moczu, przyczem ma być czynna sama tkanka płucna. F. przeprowadził analogiczne doświadczenia nad losem glutyny w drogach oddechowych, pozostawiając przez 24 godzin przy 37^0 C. zawiesinę mąki z dodatkiem kawałeczków płuca psa świeżo zabitego i toluolu. W przesączu otrzymywał F. zawsze wyraźny odczyn biuretowy, dowód, że glutyna ulegała peptonizacyi pod wpływem tkanki płucnej. Odnosząc te wyniki do człowieka, dochodzi F. do wniosku, że pył mączny może być zupełnie strawiony w drogach oddechowych, przynajmniej, o ile one są nienaruszone. Jednakże ze względu na to, że zdolność trawienna narządu oddechowego jest ograniczona, zachodzą okoliczności, w których część wdychanego pyłu mącznego nie ulega przemianie fermentacyjnej i wessaniu i pozostaje niezmieniona w drogach oddechowych, jako ciało obce. Dzieje się to naprzód, gdy ulegają wdychaniu wielkie ilości mąki przez dłuższy czas, dalej wtedy, gdy w płucach toczą się zmiany chorobowe, zwłaszcza rozpadowe. Również pewne substancye mogą wywierać pewien wpływ w tym względzie i tak niewielkie ilości alkoholu zwiększają zdolność trawienną tkanki płucnej, większe upośledzają ją, względnie całkiem znoszą. W niektórych więc przypadkach wdychanie pyłu mącznego pozostaje bez wpływu na ustrój, gdyż pył ten ulega strawieniu i wessaniu w drogach oddechowych; w wielu jednak przypadkach, czy to z powodu zbytniej ilości pyłu, czy też zmian w płucach, część jego pozostaje niezmieniona w pęcherzykach i oskrzelkach, zmniejszając powierzchnię oddechową. Ważnem jest również dla rozpoznania gruźlicy płuc na podstawie odczynu białkowego w plwocinie, że odczyn ten następuje także przy obecności glutyny w drogach oddechowych, chociaż niema żadnych zmian chorobowych w tym narządzie.

Dr T. T.

Scalfati. **Wpływ zmęczenia na krew i choroby zakaźne.** (Riforma medica, 1912 Nr 6). S. przeprowadził doświadczenia na zwierzętach (królikach), którym wstrzykiwał śródżylnie równą objętość zawiesiny hodowli prątka durowego i następnie część zwierząt poddawał przez parę dni po pół godziny zmęczeniu (zapomocą ruchu obrotowego), resztę pozostawiał w spokoju. Doszedł do następujących wyników: Krew zwierząt pierwszej grupy okazywała wybitną leukocytozę, krew zwierząt spoczywających nie ulegała zmianie. Krzepliwość krwi zwierząt poddanych zmęczeniu była znacznie mniejsza, niż zwierząt spoczywających. Po zaszczepieniu krwi, wziętej z tętnicy szyjnej, na bulionie, otrzymywał S. hodowle durowe tylko z krwi zwierząt będących w ruchu. Zdolność aglutynacyjna względem prątka durowego i wskaźnik opsoniczny były u zwierząt nie poddawanych zmęczeniu znacznie wybitniejsze, niż u drugiej grupy. Wynika z tego, że zmęczenie fizyczne zmniejsza znacznie odporność ustroju wobec zakażeń przez powyżej wspomniane zmiany, wywołane we krwi. Dr T. T.

Rizzardo. **Przyczynek kliniczny do wczesnego rozpoznania niepowikłanego wrzodu dwunastnicy.** (Riforma medica, 1912 Nr 8, 9, 10). R. rozróżnia cztery grupy objawów klinicznych wrzodu dwunastnicy. Pierwsza obejmuje objawy zasadnicze, jak ból samoistny i dotykowy, krwotoki jelitowe i okresy wybitnej poprawy. Do drugiej grupy zalicza R. objawy drugorzędne, mianowicie skurcz ochronny prawego prostego mięśnia brzucha, objaw Mendla (przy delikatnem opukiwaniu młoteczkiem perkusyjnym, w kierunku promienistym, można wykazać nieco powyżej i na prawo od pępka powierzchnię bolesną, wielkości monety dwulirowej, o obwodzie przedstawiającym prawie regularne koło) i objaw Günzburga (wykazanie odgłosu bębenkowego na przestrzeni między odźwiernikiem, a woreczkiem żółciowym, mającego swe źródło w rozszerzeniu dwunastnicy w miejscu, gdzie przebiega ona pod płatem kwadratowym wątroby). Trzecią grupę stanowią objawy towarzyszące, jak zwiększona kwaśność i ilość soku żołądkowego. Dopiero w późnych okresach choroby występują wymioty, zastoina treści żołądkowej, napadowe bóle z powodu nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i wreszcie zwężenie dwunastnicy. Brak jakichkolwiek zaburzeń wydzielniczo-ruchowych żołądka jest bardzo rzadki i spotyka się go conajwyżej w początku choroby; zupełny brak tych zaburzeń

utrudnia znacznie rozpoznanie cierpienia, jak z drugiej strony wybitne ich występowanie utrudnia rozpoznanie siedziby wrzodu. Dr T. T.

Prof. de Sandro. **Nowa próba chemiczna w moczu osób zażywających siarkogwajakolan potasu: jej znaczenie dla rozpoznania niedomogi wątroby.** (Riforma medica, 1912 Nr 5). Rozczyn wodny tiokolu (siarkogwajakolan potasu) przybiera za dodaniem sześciochlorku żelaza wybitne fioletowo-ametystowe zabarwienie; natomiast mocz osób, które nawet przez dłuższy czas pobierały duże dawki tiokolu nie okazuje, ani tego odczynu, ani odczynu gwajakolu (próba z fenolem i wodą bromową), co dowodzi, że tiokol nie uwalnia w ustroju gwajakolu. Ponieważ ani sok żołądkowy, ani sok trzustkowy nawet »in vitro« nie rozkładają tiokolu, gdzież więc następuje rozkład tego przetworu w ustroju? Na podstawie licznych badań, przeprowadzonych nad moczami tak osób chorych, jak i zdrowych, dochodzi S. do wniosku, że tiokol wydziela się w moczu w postaci jakiejś substancyi, która po dodaniu sześciochlorku żelaza daje zabarwienie zielone, znikające po dodaniu paru kropel jakiegobądź kwasu mineralnego lub organicznego. Odczyn ten otrzymywał S. także w moczach gotowanych, zawierających białko, alkalicznych, lub okazujących już fermentacyę gnilną, w przesączu moczów, strąconych octanem ołowiu i w rozczynie alkoholowym suchej pozostałości. Występuje on w moczu już w parę godzin po dodaniu tiokolu, szczyt jego jednak przypada na 3—4 dzień, jeżeli lek ciągle się podaje, a ustaje w 48—72 godzin po podaniu ostatniej dawki. Równoczesne zażywanie przetworów jodowych wstrzymuje odczyn. Prawdopodobnie przemiana tiokolu na substancyę, która daje powyższy odczyn, odbywa się w wątrobie; przemawia za tem fakt, że odczyn występuje znacznie słabiej u osób z niedomogą wątroby, a nawet znika zupełnie przy daleko posuniętym zaniku miąższu wątrobowego, np. przy marskości zastoinowej. Autor na podstawie licznych badań twierdzi, że przyczyną zniknięcia odczynu w tych przypadkach nie jest nadmiar urobiliny i uroerytryny, któreby mogły zaciemniać odczyn, lecz rzeczywista niedomoga komórek wątrobnych. Ponieważ mocz w tych razach za dodaniem sześciochlorku żelaza nie okazywał nawet barwy niebieskiej, więc tiokol nie wydzielał się moczem nawet jako taki; jaką drogą ustrój opuszczał, nie umie autor odpowiedzieć. Próbę swoją uważa S. za ważny środek do oznaczania sprawności komórek wątrobnych. Dr T. T.

Neurologia i psychiatrya.

S. Władyczko. **Doświadczalna anafilaksya surowicza i przypuszczalne jej znaczenie dla neuropatologii i psychiatryi.** (Obozrj. psich i newrołog Nr 10, 1911). Autor najprzód podaje zwięzłą historyę rozwoju nauki o anafilaksyi i przechodzi następnie do teoryi, mających wytłómaczyć to zjawisko.

Teorya Richeta, zbliżona w głównych zarysach do teoryi niweczników (anticorps), powstała na podstawie jego badań nad mytilkongestyną. Pod wpływem pierwszego wstrzyknięcia kongestyny wytwarza ustrój nową substancyę, toksygeninę, nie trującą wprawdzie, lecz mogącą nabierać trujących własności pod wpływem działania na nią kongestyny, o ile kongestynę na nowo wprowadzimy do ustroju, chociażby nawet w dawkach tak małych, w jakich sama kongestyna byłaby nieszkodliwa. Produktem połączenia się krążącej we krwi foksogeniny z kongestyną będzie nowa substancya, apotoksyna, wywołująca właśnie objawy anafilaksyi. Tak więc zatrucie anafilaktyczne następuje mniej więcej w ten sposób, jak zatrucie kwasem pruskim przy działaniu emulsyny na amygdalinę.

Inną teoryę podał Besriedka. Wychodząc z analogii, wyciągniętych z badań nad czerwonemi ciałkami krwi i antyhemolizynami, przypuszcza on mianowicie, że normalna surowica krwi zawiera dwie istoty: jedną o charakterze antygenu (sensibilisinogen), drugą o charakterze antylizyny (antisensibilisin). Sensybilizynogen jest oporny na wpływy ciepłoty (thermostabil), mając przy tem własność wytwarzania w ustroju morskiej świnki w 12 dni po wstrzyknięciu sensybilizyny, to jest substancyi, wywołującej stan anafilaksyi. Antysensybilizyna natomiast nie jest odporna na działanie ciepłoty (jest »thermolabil«) i ma tę własność, że wstępuje natychmiast w połączenie z sensybilizyną bez względu na to, czy sensybilizyna krąży we krwi, czy też jest związana z układem nerwowym. Nagłe połączenie sensybilizyny z antysensybilizyną wywołuje wstrząs nerwowy. Wstrząs może być osłabiony albo dzięki temu, że antysensybilizyna wiąże się powoli z sensybilizyną (szczepienie dużych dawek surowicy w okresie poprzedzającym anafilaksyę), albo też drogą wprowadzania antysensybilizyny w małych dawkach (szczepienie małemi dawkami surowicy w okresie anafilaktycznym). Nareszcie możemy osłabić wstrząs anafilaktyczny, wywołując chwilową nieczułość komórek nerwowych na działanie owych dwu substancyi (środki znieczulające). Surowica świnki morskiej, której wstrzyknięto końską surowicę, nie nadaje się do zobojętnienia ani antysensybilizyny, ani też sensybilizynogenu. W takiej surowicy jednakże znajduje się sensybilizyna, podobnie jak we krwi świnek uczulonych. Antyanafilaksya pojawia się wskutek desensybilizacyi i powrotu morskiej świnki do pierwotnego stanu. Nie pozostaje ona na zawsze po wstrzyknięciu wielkich dawek surowicy dlatego, że nadmiar sensybilizynogenu, pozostający po wydzieleniu antysensybilizyny, może na nowo sensybilizować (uczulić) morską świnkę. Jednem słowem anafilaksya jest utratą odporności (desimmunizacyą), a antyanafilaksya jest powrotem do pierwotnej odporności. Według Krausa i Biedla anafilaksya zależy od nagromadzenia w ustroju specyalnej substancyi, wywołującej w pewnych okolicznościach porażenie gładkich mięśni ścian naczyniowych, następstwem jej zatem będzie, podobnie jak pod wpływem działania wazodilatyny z peptonu Wittego występujące rozszerzenie obwodowych naczyń i obniżenie ciśnienia krwi. Jednakże twierdzeniu Krausa i Biedla przeczą wyniki badań Richeta i Warbickiego.

Nakoniec Auer i Levi twierdzą, że w anafilaktycznym napadzie najważniejszą rolę odgrywają zaburzenia oddechu, wywołane skurczem mięśni gładkich w najdrobniejszych oskrzelach.

Ze wszystkich wyżej wspomnianych teoryi, teorya Besriedki najlepiej tłómaczy największą ilość faktów, związanych z występowaniem anafilaksyi.

Anafilaksyę starano się już niejednokrotnie zużytkować w celach rozpoznawczych. Tak n. p. jeźli osobnikowi, podlegającemu gorączce siennej, wpuścimy do worka spojówkowego 2 krople $1^0/_0$ zawiesiny pyłku kwiatowego w fizyologicznym rozczynie soli kochennej, nawet w takiej porze roku, w której gorączka sienna nie występuje, a więc zimą, to już po kilkunastu sekundach zacznie występować odczyn miejscowy. Podobnie odczyny Pirqneta i Calmettea oraz analogiczne metody, stosowane dla rozpoznania nosacizny, wiewióra i trądu, opierają się na objawach anafilaksyi.

Autor przeprowadził w paryskim Instytucie Pasteura badania w celu wykazania różnicy co do objawów anafilaksyi surowiczej i co do minimalnej śmiertelnej dawki w zależności od tego, czy powtórnie do ustroju wprowadzona surowica dawała dodatni albo też ujemny odczyn Wassermanna. Badania wykonał autor na 110 morskich świnkach.

Najprzód wstrzykiwano im podskórnie $^1/_{100}$ cm³ ludzkiej surowicy o ujemnym odczynie Wassermanna w 1 cm³ fizyologicznego rozczynu NaCl. Następne wstrzyknięcie wykonywano do żyły szyjnej nie wcześniej, niż w 2 tygodnie po pierwszem. Dla surowicy o ujemnym odczynie Wassermanna otrzymywano jako minimalną śmiertelną dawkę $^1/_{15}$—$^1/_{10}$ cm³, dla surowicy o dodatnim odczynie

Wassermanna $^1/_{20}$—$^1/_{30}$ cm³, a więc ta druga była znacznie jadowitsza. Dalsze poszukiwania w tym kierunku prowadzi na większym materyale prof. Besriedka w tymże instytucie.

Autor przypuszcza, że odpowiednie zużytkowanie objawów anafilaksyi może dopomódz do lepszego zrozumienia istoty niektórych, pod tak wielu względami jeszcze ciemnych chorób nerwowych i umysłowych. W tym celu należałoby wywoływać objawy anafilaktyczne u morskich świnek, używając do powtórnych wstrzykiwań surowicy ludzi umysłowo chorych. Szczegółowa obserwacya oddziaływania ustroju na powtórne wstrzyknięcie pozwoliłaby na określenie różnicy, występującej w objawach anafilaktycznych stosownie do tego, jaką formą choroby umysłowej dotknięty był dany osobnik, oraz na przekonanie się, czy i o ile toksyczniej działa surowica chorych umysłowo od surowicy osób zdrowych. Wyniki, osiągnięte w ten sposób, rzucićby mogły wiele światła na sprawę toksycznego pochodzenia różnych psychoz, a więc w pierwszym rzędzie psychozy maniakalnodepresyjnej i otępienia przedwczesnego. Również padaczkę, akromegalię, chorobę Basedowa, obrzęk śluzowaty, tężec, tężyczkę, alkoholizm, morfinizm, kokainizm, należałoby poddać badaniu z tego punktu widzenia. Badania te mogłyby nietylko oświetlić niektóre ciemne strony, dotyczące istoty wyżej wspomnianych stanów chorobowych, lecz też ułatwić ich rozpoznawanie i rokowanie oraz leczenie, którego wyniki moglibyśmy skuteczniej, niż dziś, kontrolować przy pomocy metod, osiągniętych wskazanemi przez autora drogami. S. Trzebiński.

B. Pfeifer. **W sprawie rozpoznania histologicznego porażenia postępującego z pomocą nakłucia mózgu.** (Münchener med. Wochenschr. 1912, Nr 10). Autor już przed Willigerem i Landsbergerem wykonywał nakłucie mózgu w celu rozpoznania niektórych chorób umysłowych, jak porażenie postępujące i przymiot mózgu. W roku 1906 i 1910 miał autor sposobność obserwować 2 przypadki, z których w jednym rozpoznanie wahało się pomiędzy porażeniem postępującem a jakąś sprawą ogniskową mózgu (ew. kiłą), a w drugim przypadku wchodziły w rachubę porażenie postępujące, kiła mózgu i wągr mózgu. Badanie cząstek kory, wydobytej przy nakłuciu mózgu, w obydwóch przypadkach przechyliło rozpoznanie w kierunku porażenia postępującego, a rozpoznania te potwierdziła następnie sekcya. Autor wyraża zdanie, że nakłucie mózgu w celach rozpoznawczych może często oddać wielkie usługi w przypadkach wątpliwych w kierunku rozpoznania porażenia postępującego, a szczególnie może być doniosłe, o ile wchodzi w grę ewentualny zabieg operacyjny w przypadkach organicznych ogniskowych schorzeń mózgu, naśladujących porażenie postępujące. W. Grzywo-Dąbrowski.

Meyer. **W sprawie trujących własności krwi w padaczce samoistnej.** (Monatsschr. für Psych. u. Neur. 1912. T. XXXI, Zesz. 1). Już Kraiński stwierdził, że po wstrzyknięciu zwierzętom do otrzewnej kilku centymetrów sześciennych odwłóknionej krwi chorych w okresie stanu padaczkowego (status epilepticus) występują u zwierząt tych drgawki padaczkowate, a następowo porażenie kończyn dolnych. Przy wstrzykiwaniu surowicy krwi, wziętej w okresie, wolnym od napadów padaczkowych, zwierzęta drgawek nie dostawały. Hebald i Kratz potwierdzili wyniki badań Kraińskiego, dodając, że mocz chorych z okresu stanu padaczkowego wywiera na zwierzęta podobne działanie toksyczne. Autor wstrzykiwał świnkom morskim do jamy otrzewnej surowicę chorych na padaczkę prawdziwą w okresie napadów w ilości od 10—20 cm³, przytem w ogromnej większości przypadków powstawały u świnek morskich napady, bardzo przypominające napady padaczkowe. Przy wstrzykiwaniu surowicy chorych innych, nie padaczkowych, przeważnie napadów żadnych u zwierząt nie było. O ile surowicę brano z chorych w okresach wolnych od napadów, często po wstrzyknięciu jej świnkom morskim napadów u tych zwierząt nie było. Własność wywoływania napadów ma, zdaje się, tylko surowica, ponieważ przy oddzieleniu surowicy od ciałek krwi i wstrzykiwaniu tylko samych ciałek krwi świnkom morskim napadów zwykle nie otrzymywano. Po wstrzyknięciu surowicy zwykle ciepłota u zwierząt opadała poniżej poziomu prawidłowego, przy wstrzyknięciu zaś zawiesiny ciałek krwi często podnosiła się do 39°. W. Grzywo-Dąbrowski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Posiedzenie dnia 27. II. 1912.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Wanda Radwańska przedstawia macicę, wyjętą z powodu **raka części pochwowej** (oper. sposobem Wertheima). Po obu stronach macicy duże płaty tkanki przymacicznej, ściana przednia i tylna pochwy na rozległej przestrzeni wycięte razem z macicą. Przypadek ten przedstawiony na dowód, jak trudno rozstrzygnąć, czy rak części pochwowej nadaje się jeszcze do operacyi doszczętnej, czy nie. U tej chorej przed operacyą był rak części pochwowej właściwie uznany za nienadający się do operacyi. Oba przymacicza naciekłe, macica nieruchoma, nie dała się ściągnąć na dół. Badanie przez odbytnicę wykazywało daleko idący w przymacicza naciek po stronie lewej. Cystoskopia przed operacyą wykazała, że cewnik do prawego moczowodu wchodził z łatwością, do lewego zaledwie na wysokość 8—10 cm. Mimo to w myśl zapatrywań Króniga o rozszerzeniu wskazań przy operacyi Wertheima chorą operacyi poddano. Wypreparowanie moczowodu po stronie lewej napotykalo rzeczywiście na znaczne trudności, naciek nowotworowy obrastał moczowód ściśle dookoła, chociaż zabieg ułatwiało to, że cewniki pozostały w moczowodach. Mimo to udało się usunąć macicę wraz z zajętą tkanką przymaciczną jeszcze w granicach tkanki zdrowej daleko poza nowotworem. Moczowód lewy został obnażony na przestrzeni 6—7 cm. Chora zniosła operacyę bardzo dobrze; w kilka jednak dni po operacyi okazała się przetoka moczowodu lewego.

2) Rosner: Przedstawienie noworodka **z wgnieceniem kości ciemieniowej.** Po założeniu kleszczy osiowych ze wskazania dla matki przy znacznym stopniu zwężenia miednicy urodzono płód, u którego na kości czołowej powstało załamanie mniej więcej 2—$2^1/_2$ cm. głębokie. Płód mimo tego ugniecenia urodził się żywy i ma się zupełnie dobrze. Wgniecenie obecnie jest już bardzo małe w porównaniu z tem, jakie było zaraz po porodzie. Prelegent omawia sposoby leczenia takiego wgniecenia. Istnieją rozmaite metody, jak nacięcie skóry w okolicy szwu, podłożenie podważki i wyprostowanie ugniecionej kości, nacięcie skóry w miejscu ugniecenia i wkręcenie w kość osobnego do tego zabiegu narzędzia w rodzaju korkociągu (sposób francuski), ucisk silny na czaszkę w przeciwnym kierunku, jak nastąpiło ugniecenie. Według prelegenta zabiegi są tylko wtedy uzasadnione, o ile takie zagłębienie wywołuje powikłania groźne dla życia płodu, gdyż chociaż te wyżej wspomniane zabiegi kończą się zwykle dobrze, jednak od czasu do czasu zdarzają się przykre powikłania pooperacyjne.

Posiedzenie d. 26. III. 1912.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Rosner: **Przedstawienie macicy usuniętej z powodu raka szyi, przy równoczesnej gruźlicy trzonu macicy i obydwu jajowodów.** Przypadek ten prelegent ogłosi drukiem.

Gliński przedstawia i omawia preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

2) Rosner: Przedstawienie chorej i cystoskopia w przypadku **wrodzonego zarośnięcia pochwy.** Chora, licząca l. 23, u której przed kilkoma laty dokonano operacyi z powodu wrodzonego zarośnięcia wejścia do pochwy (atresia hymenalis), ma wrodzone zarośnięcie pochwy na wysokości części pochwowej i jeszcze nigdy nie miesiączkowała drogą prawidłową. Od 16. roku życia regularnie co miesiąc krwawi przez pęcherz; prelegent tłómaczy to w ten sposób, że z powodu zarośnięcia pochwy wytworzył się krwiak szyi macicznej, który następnie przebił do pęcherza i od tego czasu wytworzyła się stała komunikacya między pęcherzem a pochwą zamkniętą. Macica wielkości prawidłowej i przez przegrodę można wyczuć wyraźnie dobrze wykształconą część pochwową. Prelegent chorą dwukrotnie cystoskopował, raz przed miesiączkowaniem, a drugi raz w czasie miesiączkowania i mógł dokładnie stwierdzić, że w okolicy między moczowodami znajduje się szczelina, którą w czasie miesiączkowania wydobywa się krew do pęcherza. Chorą tę będzie prelegent operować.

2) Cercha: **O znaczeniu chemii fizycznej i biologii dla balneologii i balneoterapia w ginekologii** (obacz »Przegląd lek.« Nr 18 str. 300, sprawozdanie z posiedzenia Tow. lek. krak. w d. 17. IV. 1912).

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26 września 1911 r.

1) Guranowski przedstawił 19-letniego chłopca **z obustronnym niedokształtem małżowin usznych i całkowitem zarośnięciem** otworów zewnętrznych przewodów słuchowych. Badanie rentgenograficzne wykazało, że przewody słuchowe kostne i jama bębenkowa nie istnieją, wzgl. nie są rozwinięte. Przypadek należy do rzadkich z tego względu, że wada rozwojowa jest obustronną, zwykle bowiem spotykamy takie wady tylko po jednej stronie. Ponieważ słuch chorego jest względnie niezły i można się z nim porozumieć zapomocą mowy głośnej, przeto wytworzenie otworu zewnętrznego i przewodu słuchowego na drodze operacyjnej nie jest wskazane.

2) Rejchman M.: **O leczeniu wrzodu trawiennego.** Zaznaczywszy częstość i uporczywość tej choroby, prelegent podkreśla jej wyleczalność, gdyż statystyka rozmaitych autorów oraz prelegenta wykazuje, że przynajmniej 50% chorych przy leczeniu wewnętrznem ulega zupełnemu wyleczeniu. Zasadą leczenia wrzodu żołądka jest danie żołądkowi całkowitego wypoczynku; pokarmy wprowadzone nie powinny wywoływać podrażnień chemicznych i termicznych, nie powinny rozciągać ścian żołądka, powinny zaś zawierać wszystkie części składowe niezbędne dla odżywiania. To też podstawę leczenia okrągłego wrzodu żołądka stanowi dyeta mleczna. Po ustąpieniu bólów należy ostrożnie przejść do podawania kaszki, biszkoptów, a dopiero w końcu 4. tygodnia do mięsa. Podczas krwotoku oraz w ciężkich przypadkach musimy się uciekać do leczenia głodem, które zazwyczaj daje wynik nadzwyczajny. Prelegent ogranicza się zazwyczaj do jednodniowej, najwyżej 3-dniowej kuracyi głodowej ($1-1\frac{1}{2}$ litra fizyologicznego rozczynu soli do odbytnicy), a przedłuża ją jedynie w przypadkach wyjątkowych. Prelegent omawia metodę Lenhartza, dochodząc do wniosku, że jest ona wskazana dla najniższej warstwy ludności. która jest przyzwyczajona do grubszych pokarmów i musi przytem jak najwcześniej wracać do pracy; następnie stosuje ją w silnych krwotokach. Leczenie farmaceutyczne ogranicza się do podawania zasadowego azotanu bizmutu, ortoformu, dwuwęglanu sodowego. Na uwagę zasługuje przepłukiwanie żołądka rozczynem 1:1000 azotanu srebra. Przy tych metodach leczenia widzimy wyleczenie przynajmniej w 50%, jeżeli więc po kilkakrotnem leczeniu wewnętrznem nie otrzymujemy wyzdrowienia, należy takich chorych namawiać do operacyi. Wobec często powtarzających się nieznacznych krwotoków lub jeśli krew ciągle się sączy, należy jak najwcześniej wykonywać zabieg operacyjny, przy gwałtownych jednak krwotokach należy się wstrzymać od operacyi, która daje wtedy wynik fatalny.

W dyskusyi L. Wroński uzasadnia, że z zabiegów chirurgicznych, jak wycięcie, resekcya, wyłączenie odźwiernika i gastroenterostomia, ta ostatnia, jak wykazują dane statystyczne, daje wyniki najlepsze. Mówca omawia szczegółowo technikę operacyjną gastroenterostomii i dochodzi do wniosku, że w trawiennym wrzodzie żołądka należy robić gastroenterostomię tylną pozakątniczą, która najmniej daje warunków do tworzenia się wrzodów następczych w jelicie czczem.

A. Landau zaznacza, że w leczeniu tak przewlekłego cierpienia niepodobna ograniczać leczenia do 4—6 tygodni. Po usunięciu głównych objawów: krwawień, bolów, wymiotów, zwykle trwa bez zmiany nadkwaśność i hypersekrecya. Wielkie usługi oddaje w tych razach dyeta bezmięsna i podawanie przez czas dłuższy dwuwęglanu sodu. L. zwraca uwagę na dyetę, wprowadzoną przez Senatora, który do ścisłej dyety mlecznej dodaje żelatynę w postaci galaret lub w płynie, oraz kulki mrożonego masła. Tą drogą można zaspokoić w większym stopniu głód kaloryczny chorych; wprowadzane substancye pozbawione są własności drażniących, a żelatyna posiada nadto własności hemostatyczne. Ze środków farmakologicznych za nader pomocnicze w leczeniu wrzodu okrągłego uważa L. podskórne wstrzykiwania atropiny, która obniża kwasność żołądkową. W końcu mowca zwraca uwagę na zdarzające się wrzody żołądka na tle przymiotu.

Skłodowski nie zgadza się z tem, aby ostrożne przepłukanie żołądka w krwotoku było bezwzględnie wzbronione. Co do przemywań żołądka lapisem, to mówca nieraz bywał zadowolony z tej metody, nie udawało mu się jednak obniżyć kwaśności żołądkowej.

Sławiński podkreśla znaczenie czynnika ekonomicznego w leczeniu wrzodu żołądka. Chorzy ubodzy nie mogą w naszych warunkach szpitalnych zachowywać stosownej dyety i powinni być kierowani odrazu do zabiegu operacyjnego. który wykazuje zaledwie 1.7% śmiertelności. Następnie dzięki operacyi można czasem wykryć inne cierpienia, naśladujące wrzód żołądka (n. p. schorzenie wyrostka robaczkowego).

Rejchman w odpowiedzi zaznacza, że oprócz następczych wrzodów jelita czczego stanowiących ujemną stronę operacyi, zaznaczyć jeszcze należy częste zrosty, które wywołują bardzo silne bole. Co się tyczy atropiny, to nie zmniejsza ona kwaśności żołądkowej, jak się prelegent we wspólnej z Mintzem pracy przekonał, Co do przepłukiwania lapisem, to póki się przepłukuje, póty jest poprawa, a po przestaniu okazuje się, że kwasność jest ta sama.

Posiedzenie kliniczne 3 października 1911 r.

1) Wł. Starkiewicz: **Z kliniki tętniaka aorty: obraz kliniczny i różniczkowy zamknięcia światła żyły głównej górnej i pęknięcia do niej tętniaka.** Dla ilustracyi odnośnego obrazu klinicznego przedstawił prelegent chorą, lat 55, z rozpoznaniem tętniaka łuku aorty, uciskającego żyłę główną górną. Jako zasadnicze cechy kliniczne zamknięcia światła żyły głównej górnej podaje: stopniowo postępujący zastój żylny w obrębie głowy, szyi i górnej połowy tułowia, z sinicą i obrzękiem skóry, a wreszcie i z puchliną jam klatki piersiowej. W miarę ustalania się krążenia obocznego powstaje rozwój żył powierzchownych na klatce piersiowej i brzuchu i równoległe cofanie się objawów zastoju w górnej połowie ciała; po utrwaleniu się krążenia wewnętrznego przez żyły nieparzyste znikają nawet rozszerzenia żył powierzchownych. Trwanie choroby

zależy od sprawności mięśnia sercowego i sprawności naczyń obwodowych. Następnie przytoczył prelegent spostrzeżenie pęknięcia tętniaka aorty do żyły głównej górnej u 39-letniego chorego; opis przypadku poparł przedstawieniem fotografii chorego, rysunku preparatu serca i naczyń oraz samego preparatu anatomicznego. Główne punkty obrazu klinicznego pęknięcia tętniaka do żyły głównej zbliżone są do obrazu jej zamknięcia; i tu widzimy przedewszystkiem potężny zastój w obrębie żyły głównej górnej z obrzękiem i sinicą górnej połowy ciała, zależny nie od przeszkody biernej, lecz czynnej, w postaci silniejszego prądu krwi aorty, biegnącego przez otwór przedziurawienia na spotkanie krwi żylnej. S. podnosi jako ważny objaw różniczkowy szybszy przebieg cierpienia, odpowiedni do gwałtowności objawów początkowych, wyższą skalę zaburzeń zastoinowych i brak właściwych usiłowań wyrównawczych, na które ustrój nie ma tu czasu się zdobyć.

W dyskusyi zaznacza Pawiński, że pęknięcie do żyły głównej daje najczęściej tętniak aorty wstępującej. Co się tyczy zarośnięcia żyły głównej, to występuje ono również w nowotworach śródpiersia, gdy nastąpi przedziurawienie.

2) Dyskusya nad odczytami Kijewskiego i Sokołowskiego (z d. 19. IX. 1911).

Loewenstein przytacza 4 własne przypadki operacyjne płuc (ropień płuca, zgorzel); zaznacza, że ten, kto raz widział na stole operacyjnym chorego z ropniem lub zgorzelą płuca, nie może zrozumieć, jak taki stan patologiczny może się zagoić bez operacyi; trudności w rozpoznawaniu i technice operacyjnej zwalczamy coraz bardziej, a przez to i wyniki zabiegu są coraz lepsze.

Gabszewicz jest tego zdania, że jak dotychczas, tak i nadal zabiegi chirurgiczne znajdować będą szersze zastosowanie jedynie w zgorzeli płuc, a szczególniej w ropniach. G. operował jeden przypadek zgorzeli, powikłanej ropieniem opłucnej, z zejściem pomyślnem i 6 razy ropień płuca; w tem cierpieniu, o ile rozpoznanie nie napotyka na wielkie trudności, o tyle ustalenie dokładne miejsca ropnia niekiedy jest bardzo trudne; z tych 6 przypadków w dwóch odszukanie ropnia nie przedstawiało żadnych trudności, zejście było pomyślne w 5 przypadkach.

Sławiński zaznacza, że Kijewski niedostatecznie uwydatnił wartość i znaczenie t. zw. wdmuchiwania dotchawicznego w chirurgii płuc. Nie można się zgodzić, żeby brak komory Brauera lub Sauerbrucha miał stanowić o wykonalności danego zabiegu, a to z tego względu, że wdmuchiwanie (przez cewnik) zastępuje owe komory.

T. Borzęcki.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie z dnia 22. II. 1912.

Przewodniczy Dr M. Kozłowski. Obecnych 22 członków.

1) Kol. Turski pokazuje **kamień migdałka** podniebiennego, wyjęty u 26-letniej chorej, która uskarżała się na nieprzyjemne uczucie podczas połykania. Kamień waży 5·5 grama, składa się przeważnie z dwuwęglanu wapniowego. Obok większego kamienia znaleziono drugi, mniejszy. Przy oględzinach gardła błona śluzowa pokrywała całkowicie kamień i można go było rozpoznać tylko przy badaniu zgłębnikiem dzięki jego twardości. Przy operacyi w celu wydostania kamienia trzeba było przeciąć błonę śluzową i wydobyć zapomocą szczypczyków.

Dyskusya: Kol. Cichocki pyta, czy tworzenie się kamieni stoi w jakimkolwiek związku z wadami w wymianie materyi. — Kol. Turski wyjaśnia, iż o ile mu wiadomo, tylko Delabelle przeprowadzał badania nad wymianą materyi w przypadkach kamieni migdałka podniebiennego, ale wyniki otrzymane przezeń nie pozwalają dopatrzeć się takiego związku. — Kol. Nowiński pyta, czy zjawiska podmiotowe odpowiadają wielkości kamienia, na co kol. Turski odpowiada, iż kamienie migdałka podniebiennego mogą nie wywoływać żadnych zjawisk podmiotowych, tak jak to było i w przypadku mowcy; jednakże stale drażniąc tkanki otaczające, mogą kamienie być źródłem częstych zapaleń gardła. — Na zapytanie Kol. Stanisławskiego o sposób powstawania i rozpoznawania kamieni migdałka podniebiennego, kol. Turski wyjaśnia, iż przyczyną powstawania kamieni bywa najczęściej przebyta sprawa ropna w migdałku; co do rozpoznawania, to najlepsze usługi oddaje badanie palcem.

Kol. Łążyński wyraża myśl, iż w powstawaniu kamieni migdałka podniebiennego nie gra roli przypadek i że chodzi tu prawdopodobnie o swoistą florę nacieków zapalnych migdałka.

Kol. Gilewicz, powołując się na pracę Hoffmeistra z »Ergebnisse der Physiologie« T. X. o sposobach odkładania się wapna w tkankach, wyraża zdanie, iż złogi wapienne powstawać mogą zawsze w ogniskach zapalnych w tych przypadkach, kiedy tkanki ulegają daleko idącym sprawom degeneracyjnym, a mianowicie zwyrodnieniu tłuszczowemu, gdyż tworzące się wtedy kwasy tłuszczowe łączyć się mogą nie z alkaliami, lecz z wapnem (Ca) osocza. — Kol. Nowiński i Sokołowski zgadzają się z Gilewiczem, podnosząc, iż tą samą drogą powstają złogi wapienne w gruczołach gruźliczych i w oku.

Kol. B. Kozłowski i Fudakowski nie zgadzają się z prelegentem w tym względzie, iżby obecność 2 obok siebie leżących kamieni tłomaczyć należało powstaniem w jednem ognisku zapalnem, w którem dzięki ruchom stałym krtani nie mogły się one zlać w jedno. Przypuszczają, iż powstały one w 2 różnych obok siebie leżących ogniskach.

2) Kol. Łążyński pokazuje **kamień przewodu Stenona**, który to kamień sam się przebił do jamy ustnej; przytem zaznacza, iż kamienie bywają czasem, jak w przypadku Alberta, do 4 cm. długości. Skład kamienia: dwuwęglan wapnia i niewielka ilość Mg.

3) Kol. Łążyński pokazuje **kamień żółciowy**, ważący 8·1 łuta, długości 48 mm. szerokości 27 mm. i objętości 10 sz. cm., który znaleziono u chorej, operowanej z powodu objawów niedrożności jelit, w jelicie cienkiem. Powyżej leżąca część jelita na znacznej przestrzeni była pusta i w stanie znaczego spastycznego skurczu; nie była to zatem czysto mechaniczna niedrożność. Podobny przypadek opisał Lund w »Ann. of. Surgery« IX 1911.

4) Kol. Łążyński pokazuje preparat **wola** u chorej na chorobę Basedowa, u której spostrzegać się dało wybitne zwolnienie tętna podczas operacyi, co według prelegenta zależeć mogło od adrenaliny, użytej do znieczulenia.

W dyskusyi Kol. Fudakowski wyraża myśl, iż zwolnienie tętna zależało prędzej od podrażnienia nerwu błędnego. — Kol. Obniski zgadza się z kol. Fudakowskim wobec tego, iż u psów podczas tracheotomii, jako zabiegu przedwstępnego do dalszych doświadczeń, spostrzegał zwolnienie tętna, chociaż znieczulenie było ogólne i morfinowe.

Sekretarz: Z. Gilewicz.

Ze spraw szpitalnictwa.

Księga pamiątkowa, wydana przez Magistrat m. Warszawy, i szpitale warszawskie w jej oświetleniu.

(Ciąg dalszy).

W swoim czasie kolej wiedeńska, zamierzając pobudować jeden niewielki szpital, wysłała lekarza i budowniczego za granicę, by ci razem (warunek konieczny) przeprowadzili odpowiednie studya. Tak postępują dziś wszędzie, gdzie chcą coś robić oszczędnie i dobrze. B. Rada miejska dobr. publ. nigdy, ale to nawet przed tak ważnem przedsięwzięciem, jak budowa szpitala Dzieciątka Jezus, nie pomyślała o czemś podobnem. Ba, gdy nawet sam budo-

wniczy, widząc, że bez wzorów nie wybrnie z tego, pojechał na parę dni do Berlina i po powrocie zaprojektował w wymurowanych już budynkach konieczne zmiany, ówczesny inspektor lekarski niechętnie to przyjął, twierdząc, że budowniczy naprożno tylko jeździł, gdyż i bez tego byłoby dobrze. To też, powiedzmy to sobie otwarcie, nie posiadamy ani lekarzy, ani budowniczych, dokładnie obznajmionych z dzisiejszemi wymaganiami szpitalnictwa, a specyalnie budownictwa szpitalnego i ze sposobami ich zaspokojenia. Jeszcze wśród lekarzy możnaby znaleść paru, może kilku takich, którzy z własnej chęci, że tak powiem — z amatorstwa, zapoznali się nieco lepiej z pewnymi działami, z pewnemi stronami szpitalnictwa; lecz i ci całokształtem tegoż nigdy się nie zajmowali, gdyż było to w naszych stosunkach wprost stratą czasu i pieniędzy, bezużyteczną ofiarą. Jeszcze gorzej z budowniczymi. Budownictwo szpitalne — to wielki dział specyalny, wymagający osobnych studyów, przeprowadzonych ręka w rękę z lekarzem; lekarz bowiem wskazuje, co ma być i do czego służyć, budowniczy zaś odpowiednio do tego planuje, jak to można wykonać. Otóż o tem magistrat m. Warszawy dotąd nie pomyślał.

Brak ten rzuca się w oczy przy każdem przedsięwzięciu, czy to będzie projekt reform przez komisyę opracowany, czy też wprowadzenie ich w życie, choćby nawet na małą skalę (np. niedołężne budowanie nowych pawilonów w szpitalu praskim, błędy przebudówek w szpitalu św. Ducha i niemało innych).

Lecz wróćmy do projektu komisyi, która doszła do następujących ogólnych wniosków: 1) liczbę łóżek szpitalnych należy powiększyć do pięciu tysięcy; 2) w istniejących szpitalach wprowadzić rozmaite ulepszenia. Dla osiągnięcia tego komisya proponuje następujące środki (w streszczeniu): 1) usunąć ze szpitala chorych przewlekłych, nie wymagających opieki lekarskiej, i w tym celu wybudować dla nich przytułek przynajmniej na 300 osób; 2) urządzić 828 nowych łóżek szpitalnych; 3) wybudować pod miastem szpital dla chorych zakaźnych na 480 łóżek; 4) powiększyć liczbę miejsc w szpitalach dla umysłowo chorych; 5) wybudować za miastem sanatoryum dla chorych płucnych na 200 łóżek.

Ponieważ budowa nowych szpitali i przerobienie starych wymaga czasu i dużego nakładu funduszów, a reformy w zakresie szpitalnictwa w Warszawie są wprost naglące, przeto komisya zaproponowała, aby magistrat m. Warszawy przystąpił niezwłocznie do wykonania następujących reform: 1) oddać do rozporządzenia Zarządu szpitalnego dom przy ul. Złotej Nr 74; 2) rozszerzyć szpital św. Stanisława przez zbudowanie baraku na 30 łóżek i 2 pawilonów na 50 łóżek każdy, i jednocześnie usunąć zupełnie zrujnowany drewniany barak dla chorych na ospę; 3) na terytoryum szpitala praskiego zbudować nowy pawilon na 135 łóżek szpitalnych, a także dom administracyjny, ambulatoryum, kuchnię i pralnię; 4) wybudować nowe pawilony na terytoryum szpitali Dzieciątka Jezus, Starozakonnych i przy szpitalu dziecinnym na ulicy Śliskiej, każdy pawilon na 100 łóżek; 5) na terytoryum warsztatów im. Staszica wznieść nowy szpital na 500 łóżek szpitalnych; 6) przebudować w szpitalu św. Ducha czwarty pawilon, będący w stanie zupełnego zniszczenia; 7) urządzić w jednym z nowoprojektowanych pawilonów oddział dla chorych ocznych na 50 łóżek dla dorosłych i 15 dla dzieci; 8) w gmachu byłego szpitala Starozakonnych przy ul. Pokornej urządzić 200—250 łóżek szpitalnych dla chorych wyznania Mojżeszowego; 9) przerobić Instytut Mokotowski na oddział dla chorych przewlekłych, a dzieci z Instytutu przenieść na fermę Ksawerów; 10) uporządkować sprawę przytułku dla sług i najemników przy zakładzie św. Ducha i Panny Maryi przez wybudowanie dla nich oddzielnego domu za miastem; 11) ulepszyć warunki higieniczno-sanitarne w istniejących szpitalach. (Dok. nast.).

Ankieta w sprawie wydzierżawienia Krynicy.

Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie rozesłało do korporacyi i Towarzystw lekarskich, oraz do lekarzy, następujące pismo:

»Wśród wielu spraw, mających dla kraju ważne ekonomiczne znaczenie, jedną z najbardziej piekących jest sprawa dalszego rozwoju zakładu zdrojowo-kąpielowego w Krynicy i od lat szeregu oczekuje korzystnego załatwienia. Znaczenie tej sprawy podnosi jeszcze okoliczność, że Krynica nie jest zakładem wyłącznie przemysłowym, ale jako zakład leczniczy spełnia nadzwyczaj ważne zadania społeczne, wobec czego byt jej, dalszy rozwój i przyszłość obchodzić musi żywo nietylko jednostki, ale całe społeczeństwo.

Krynica, jako zakład leczniczy, istnieje od roku 1804, a jako własność funduszu religijnego pozostaje pośrednio pod zarządem c. k. ministerstwa rolnictwa. Właściwy jej rozwój datuje się jednak dopiero od połowy zeszłego wieku, od czasu zainteresowania się krynickim zakładem prof. Dra Dietla, który słusznie za wskrzesiciela Krynicy jest uważany. Dzięki jego właśnie zabiegom i w myśl ułożonego na komisyach, w tym celu zwoływanych w roku 1856 i 1886, planu inwestycyjnego, wprowadzał Rząd stopniowo od owego czasu aż do dnia dzisiejszego następujące ulepszenia: w r. 1866 łazienki mineralne kosztem 300.000 k., w r. 1872 chodnik kryty nad zdrojem głównym kosztem 48.000 k., w r. 1880 łazienki borowinowe kosztem 200.000 k., w r. 1884 zakład wodoleczniczy kosztem 60.000 k., w r. 1889 dom zdrojowy kosztem 400.000 k., w r. 1896 bazar kosztem 22.000 k., w r. 1897 dom mieszkalny »Korona« kosztem 58.000 k., w r. 1898 domy mieszkalne »Berło« i dla służby oraz dom izolacyjny kosztem 106.000 k., w r. 1899 wodociągi na obszarze dworskim kosztem 61.000 k. W miarę wprowadzania powyższych inwestycyi w życie zwiększała się z roku na rok frekwencya zakładu, a mianowicie: w r. 1850 wynosiła osób 131, a potem w odstępach 10-letnich 990, 1643, 2691, 4465, 5883, 11688 (w r. 1911).

Liczby te dowodzą dostatecznie, że wprowadzane przez Rząd inwestycye nie postępują równomiernie ze wzrostem frekwencyi zakładu, w następstwie czego od dłuższego już czasu odzywają się coraz silniej głosy niezadowolenia z gospodarki krynickiej. Głosy te znalazły echo w Kole polskiem, w Sejmie krajowym i Radzie państwa i skłoniły wreszcie władze centralne, głównie dzięki zabiegom namiestnika ś. p. Andrzeja hr. Potockiego, do podjęcia w Krynicy inwestycyi na szerszą skalę, a mianowicie wybudowania nowych łazienek borowinowych i nowego zakładu wodoleczniczego koszem łącznie przeszło 800.000 kor. i rozszerzenia obecnie istniejącego wodociągu na cały obszar zdrojowiska kosztem 70.000 koron. Ponieważ plany szczegółowe i kosztorysy tych nowych budowli miały otrzymać już zatwierdzenie ministerstw, a fundusze są gotowe na ten cel do podjęcia, należy się spodziewać, że po przejściu zwyczajnej w takich wypadkach procedury biurokratycznej, w najbliższym czasie przystąpi Rząd do budowy. Nadto celem znalezienia większej ilości wody mineralnej — co w razie pomyślnym umożliwiłoby budowę tak koniecznie dla Krynicy potrzebnych nowych łazienek mineralnych — prowadzi Rząd już od 1. grudnia zeszłego roku poszukiwania przez głębokie wiercenia według wskazówek prof. Dra Zubera. Równocześnie prowadzi się już obecnie regulacyę potoku Kryniczanki kosztem pół miliona koron, a wreszcie partycypował Rząd w $^1/_3$ części kosztów budowy kolei żelaznej normalno-torowej z Muszyny do Krynicy, przed rokiem właśnie otwartej.

Przytaczamy umyślnie dokonane, lub mające być w najbliższej przyszłości dokonane inwestycye w liczbach dla stwierdzenia faktu, że Krynica urosła w wielkie przedsiębiorstwo krajowe, w którem, według obliczenia ś. p. Dra Bolesława Skórczewskiego, interesy państwa zaangażowane są zaledwie w $^1/_{10}$ części, reszta, t. j. $^9/_{10}$ dochodów, jakie Krynica przynosi, zostaje własnością kraju. Nic dziwnego więc, że zakład krynicki, jego rozwój i przyszłość jest wobec tego sprawą wybitnie krajową, która powinna obudzić większe zainteresowanie ogółu, niż to było do tego czasu.

Z tego wychodząc założenia Polskie Towarzystwo balneologiczne postanowiło podniesioną w ostatnim czasie myśl wydzierżawienia Krynicy poruszyć publicznie w formie ankiety pisemnej i w ten sposób poddać ją rzeczowej ocenie mężów wybitnych i obeznanych ze sprawami Krynicy, którym dobro i przyszłość zakładu, a tem samem i dobro kraju na sercu leży«.

Pytania, dołączone do odezwy, są następujące:

1. Czy wydzierżawienie Krynicy jest dla dalszego rozwoju i przyszłości zakładu wskazane?

2. Jeśli jest wskazane, to komu zakład może być oddany w dzierżawę? (Krajowi, instytucyi finansowej, konsorcyum prywatnemu).

3. Czy istnieje w kraju instytucya finansowa, albo czy można w kraju stworzyć towarzystwo, któreby bez angażowania kapitałów obcych mogło wydzierżawić Krynicę?

4. Czy ewentualny dzierżawca ma wykazać i złożyć odpowiedni fundusz na wprowadzenie inwestycyi, koniecznych dla dalszego rozwoju zakładu? (Nowe łazienki mineralne, borowinowe i hydropatyczne, zakład dla elektro- i mechanoterapii, inhalatoryum, szpital z salą operacyjną i pracownią bakteryologiczno-chemiczną, nowy deptak kryty (kolumnada), drugi dom zdrojowy ewentualnie hotel, park poziomy, wodociągi, kanalizacya i t. d.).

5. W jakim okresie czasu i w jakim porządku winny być inwestycye przez dzierżawcę uskutecznione?

6. W jaki sposób należy przeszkodzić, aby Krynica nie dostała się w ręce niepowołane, np. konsorcyum, któreby dla względów konkurencyjnych mogło gospodarkę prowadzić dla zakładu niekorzystnie i przyprowadzić zdrojowisko do upadku?

7. W jaki sposób na wypadek dzierżawy mają być zabezpieczone interesy: a) kraju, b) chorych, c) gminy Krynicy i właścicieli domów, d) lekarzy wogóle, a w szczególności osiadłych w Krynicy?

8. Jakiej gwarancyi dotrzymania zobowiązań należy wymagać od dzierżawcy?

9. Czy jest możliwe i w jaki sposób dałoby się przyprowadzić do skutku oddanie zakładu krajowi, który dawałby pod każdym względem najlepszą rękojmię, że dla dobra własnego i społeczeństwa polskiego będzie dbać o rozwój zakładu?

10. Czy wreszcie obecna chwila, w której Rząd ma inwestować w Krynicy miliony, jest odpowiednia do wszczynania pertraktacyi z Rządem o dzierżawę i czy przez to zamierzone ulepszenia nie doznają dalszej zwłoki, tak szkodliwej dla rozwoju zakładu?

Komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego« uchwaliła na swem posiedzeniu w d. 7. V. 1912, odbytem w obecności zaproszonych przedstawicieli Izby lekarskiej zach. gal., Krajowego Związku lekarzy, Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i lekarzy z Krynicy, przesłać Polskiemu Towarzystwu balneologicznemu następującą odpowiedź:

»(1) Wydzierżawienie Krynicy byłoby w dobie obecnej, wobec przedsięwzięcia przez Rząd znacznych inwestycyi, — nie na czasie.

(2) W razie wydzierżawienia uważalibyśmy za jedynie odpowiednie oddanie Krynicy w dzierżawę krajowi, nie przesądzając, w jaki sposób kraj zorganizuje administracyę zdrojowiska.

(5) Inwestycye powinny być dokonane w czasie jaknajkrótszym, najwyżej w ciągu 6 lat. Naprzód powinny powstać nowe łazienki borowinowe i hydropatyczne, oraz — po ukończeniu podjętych obecnie wierceń — łazienki mineralne; w tymże czasie powinno być wykonane rozszerzenie wodociągów i kanalizacyą. W drugim okresie powinny stanąć: szpital z odpowiednio urządzoną pracownią, zakład elektro- i mechanoterapeutyczny, inhalatoryum i zakład sztucznych solanek. Najpóźniej mogą być wykonane: nowy deptak, drugi dom zdrojowy, park poziomy i t. d.

(6) Należałoby się zwrócić do Koła polskiego w Wiedniu i do Sejmu krajowego, aby Krynica nie dostała się w ręce niepowołane, gdyby o jej wydzierżawieniu wogóle była mowa.

(7) Interesy sfer miejscowych, mających znaczenie dla rozwoju Krynicy, byłyby najlepiej zabezpieczone, jeżeliby Krynicę objął w dzierżawę kraj.

(Odpowiedź na punkty 3. 4. i 8. odpada wobec odpowiedzi na punkt 2., a odpowiedź na punkty 9. i 10. mieści się w odpowiedziach na pytania 1. i 6)«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 15. V. 1912 posiedzenie, na którem Dr Z. Szymanowski miał wykład o anafilaksyi.

Przedmiotem wykładów na szeregu posiedzeń najbliższych będzie sprawa zapalenia wyrostka robaczkowego.

— Komisya sanitarna austr. Izby posłów rozpoczęła obrady nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. W dyskusyi ogólnej zgłosił poseł Adam hr. Gołuchowski szereg wniosków, zgodnych z wnioskami ankiety z r. 1909 i z memoryałem Wydziału krajowego galicyjskiego.

— Akademia Umiejętności ogłasza konkursa na następujące stypendya: 1) im. Śniadeckich z fundacyi Seweryna Gałęzowskiego w kwocie 5000 franków, o które tym razem ubiegać się mogą kandydaci, poświęcający się naukom humanistycznym lub przyrodniczym; 2) im. Zenona Pileckiego w kwocie 2400 koron, dla przyrodników (pierwszeństwo mają kandydaci pochodzący z zaboru rosyjskiego). Termin podań o te stypendya, mające służyć na dopełnienie studyów zagranicą dla kandydatów posiadających stopień doktora lub kandydata nauk przyrodniczych (resp. lekarskich) do 15. czerwca 1912. Dalej ogłasza Akademia konkurs 3) na 5 stypendyów po 5000 koron rocznie z fundacyi im. Osławskiego dla docentów obu krajowych uniwersytetów i politechniki, oraz nauczycieli szkół średnich w kraju lub zagranicą (bez względu na pochodzenie, poddaństwo lub wyznanie — z wyjątkiem prawosławnego) z terminem podań do 29. czerwca 1912, wreszcie 4) na 2 stypendya po 900 koron (lub jedno 1800 k.) im. Maryi Jankowskiej dla słuchaczy szkół wyższych (pierwszeństwo mają pochodzący z Królestwa) z terminem do 15. VI. 1912 i na 5) na 2 stypendya im. Henryka Wohla po 900 k. dla słuchaczy szkół wyższych, Polaków wyznania mojżeszowego lub pochodzenia włościańskiego z terminem podań do 20. X. 1912.

— Walne Zgromadzenie członków Polskiego Tow. balneologicznego w Krakowie odbyło się 7. V. 1912. Z działalności Towarzystwa w r. z. podkreśla sprawozdanie, przedłożone Walnemu Zebraniu, urządzenie Wystawy balneologicznej polskiej podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, ankietę w sprawie wydzierżawienia Krynicy, wydanie X. rocznika Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i Przewodnika turystycznego, bogato ilustrowanego Przewodnika po Galicyi i mapy zdrojowisk polskich Dra Zaniętowskiego, rozsyłanych bezpłatnie po kraju i zagranicą; odznaczenie szeregu Zarządów zdrojowych i firm przemysłowych dyplomami komitetu wystawowego; pomoc udzieloną wycieczce medyków po zdrojowiskach, udział w obradach Centralnego Związku balneologów w Wiedniu, w obradach balneologicznych w Olten, w Zjeździe Krynickim, w jubileuszu Przeglądu lekarskiego, w Zjeździe lekarzy polskich i t. d., wniesienie do władz podań, odnoszących się do aktualnych spraw zdrojowych, podatkowych i ekonomicznych, wreszcie urządzenie cyklu odczytów w Tow. lekarskiem krakowskiem, w których poruszono między innymi kilkakrotnie konieczność utworzenia katedr balneologii. Po uchwaleniu zmian w statucie i w regulaminie wyborczym, do Wydziału weszli oprócz wybranych na przeciąg lat trzech: prezesa Prof. Pareńskiego, wiceprezesa Dra Cechy, sekretarza Dra Zanietowskiego, skarbnika Dra Piotrowskiego i redaktora Dra Frączkiewicza, nadto wydziałowi Dr Aronsohn, Lang, Mazurkiewicz, Pelczar i Wąsowicz, oraz Dr Regiec i Hoff jako członkowie komisyi kontrolującej. Wreszcie uchwalono urządzenie wycieczki medyków po zdrojowiskach w r. 1912, Zjazdu balneologicznego w r. 1913, ewentualny udział w Zjeździe techników i Wystawie architektonicznej, oraz wydanie odezwy, zachęcającej publiczność do popierania krajowych zdrojowisk i uzdrowisk.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. IV. do 11. V. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 5, ospy wietrznej 12, płonicy 7 † 2 (2 † —), odry 7, duru brzusznego 1 † — (2 † —), czerwonki — † — (1 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 5, ospy prawdziwej 9 † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. W pracowni Dr St. Serkowskiego (St. Krzyska 17) odbędą się Październiku r. b. kursa naukowe i zajęcia praktyczne dla lekarzy, podzielone na 4 grupy: 1) Badania chemiczno-fizyologiczne. 2) Badania sanitarne. 3) Bakteryologia do celów lekarskich. 4) Kurs wakcynoterapii. Po ukończeniu jednomiesięcznego kursu mogą uczestnicy dla specyalizacyi brać udział w 3-miesięcznych zajęciach praktycznych. Zapisywać się można w pracowni, wymieniając grupę, do jakiej każdy z uczestników pragnie należeć.

— W Tomaszowie lubelskim rozpoczęto budowę szpitala na 16 łóżek na gruncie miejskim. Fundusz szpitala, zgromadzony ze składek, wynosi 37.000 rb.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 6. V. do 13. V. 1912 przypadków: ospy 2 † 3, duru osutkowego † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na XIX posiedzeniu Wydziału lekarskiego Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu d. 27. kwietnia (10 maja) odbył się wykład Prof. Ziemackiego »O gastroenteroanastomozach«. Na temże posiedzeniu wybrano komisyę dla sprawozdań z prac polskich chirurgicznych w rosyjskiem wydawnictwie Prof. Weljaminowa.

— Prof. Dr S. S. Zaleski delegowany został przez rząd rosyjski na międzynarodowy Zjazd w sprawie wychowania fizycznego w Rzymie.

Zmarli: Dr Jacek Stanisław Jasieńczyk Jabłoński, starszy lekarz powiatowy, dlugoletni wielce zasłużony prezes sekcyi sanockiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich, gorliwy działacz społeczny, członek Rady powiatowej, współzałożyciel Kółka rolniczego, powiat. Towarzystwa zaliczkowego, Koła Tow. Szkoły ludowej, założyciel Sokoła w Lisku i t. d., w Sanoku w 60 r. ż.; ks. Dr Jan Władysław Żochowski w Brześciu litewskim w 71 r. ż.; urodzony w Machniszkach w pow. lidzkim, ukończył Akademię wojskowo-lekarską w Petersburgu, uczestniczył w powstaniu r. 1863, poczem jako emigrant uzyskał doktorat medycyny, c następnie został dyrektorem szpitala w Montpellier; po stracie żony poświęcił się stanowi duchownemu, jako proboszcz w Brześciu litewskim był zesłany do Rosyi, po powrocie osiadł w Warszawie; pracował piśmienniczo w zakresie zawodu duchownego, z prac lekarskich ogłosił »Anatomie du tissu conjonctif« (Montpellier 1867);

internista Prof. J. Bauer w Monachium, chirurg Prof. Scouly w Jassach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 22. maja 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wykład Prof. Dr Browicza: »O etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego«. 2) Dyskusya nad wykładem Dr Szymanowskiego.

Rok LI. Kraków, dnia 25. maja 1912. Nr 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Najstarsze Towarzystwo lekarskie Słowiańszczyzny południowej, »Društvo zdravnikov na Kranjskem« w Lublanie, obchodzi pięćdziesięciolecie swej działalności.

Związani z nami wspólnością zachodniej kultury, pracują lekarze w Krainie, jak my, w warunkach trudnych, broniąc się wraz z całem swem społeczeństwem, jak my, przed obcym zalewem.

Więc też i rocznica, którą teraz święcą, rocznica stworzenia ogniska swojskiej nauki, płonącego jasnem i równem światłem przez pół wieku, budzi w nas uczucia szczerej sympatyi, jak w nich poczucie słusznej chluby.

Towarzystwu, które umiało wytrwać na zagrożonej placówce, składamy serdeczne życzenia dalszego jaknajświetniejszego rozwoju.

Uwagi sądowo-lekarskie o spędzeniu płodu.

podał*)

Prof. Dr Wachholz.

Jak w każdym przypadku przestępstwa, mamy i w przypadkach spędzenia płodu przedmiot i podmiot zbrodni. Przedmiotem jej jest płód, rozwijający się w łonie matki, natomiast podmiot jej bywa dwojaki: tj. bliższy i dalszy. Podmiotem bliższym jest kobieta brzemienna, o ile z jej wiedzą i wolą wykonywa się zamach na życie płodu, dalszym są wszystkie te osoby, które bądź radą, bądź dostarczeniem środków, bądź też czynnym udziałem są w tej mierze pomocne.

Ustawy odnośne (§ 144 a. k. k., § 292 proj. a. k. k., § 218 niem. k. k.) rozróżniają spędzenie płodu i zabicie dziecka w łonie matki, rozumiejąc pod pierwszem pojęciem wzniecenie sztucznego poronienia płodu przed 30. tygodniem ciąży, zatem płodu niezdolnego jeszcze do życia pozałonowego, pod drugiem pojęciem zaś pozbawienie życia płodu po 30. tygodniu ciąży, tj. płodu zdolnego już do życia po urodzeniu się. Jakkolwiek w największej liczbie przypadków ma miejsce właściwe spędzenie płodu, a więc sztuczne wzniecenie poronienia, to jednak zdarzają się także przypadki zamachów na płody z drugiego okresu ciąży.

Spędzenia płodu dopuszczają się tak kobiety stanu wolnego, jak i mężatki; pierwsze ze zrozumiałych przyczyn, jak z obawy przed niesławą i t. d.; drugie celem zapobieżenia nadmiernemu przyrostowi rodziny, obie nadto z obawy przed utratą wdzięku i przed porodem zwłaszcza, jeśli już poprzednio odbyły poród, połączony z nieprawidłowym przebiegiem, zabiegami operacyjnymi lub powikłaniami. Obawa przed trudnym i nieprawidłowym porodem nawet u pierwiastki może być wytłómaczona, jeśli, jak to nieraz się zdarza, zawodowi spędzacze lub lekarz, względnie położna, kobietę ciężarną zastraszyli. Obawa ta może być tak znaczna, że może stanowić u danej kobiety niepokonalny przymus, skłaniający ją do zbrodni spędzenia płodu, a przymus taki może czynić podsądną nieodpowiedzialną za czyn po myśli § 2 g. a. u. k. i § 54 niem. u. k., jak to orzekł Trybunał Rzeszy niem. w jednym przypadku. Do wzniecenia takiej obawy u ciężarnych przed porodem uciekają się nieraz zawodowi spędzacze płodu, jeśli widzą u klientek swych pewne wahanie się przed poddaniem się zabiegom celem spędzenia płodu. Tak n. p. zgodziła się w jednym z przypadków, ocenianych przezemnie przed sądem, 30-letnia służąca, dotknięta dość znacznym garbem, na zabiegi w celu spędzenia płodu tylko dlatego, że jej akuszerka, zdaje się zawodowo trudniąca się spędzaniem, do której się zgłosiła z prośbą o zaradzenie brakowi miesiączki, oświadczyła, że jest w ciąży, że poród przypłaci życiem i że jej tak poradzi, iż dziecka mieć nie będzie. Badanie sądowo-lekarskie, dokonane wspólnie z lekarzem chorób kobiecych, stwierdziło u podsądnej mimo garbu prawidłowe wymiary miednicy i dobry stan zdrowia, wobec czego odpadło uzasadnienie dla stanowczego, a złego rokowania ewentualnego porodu. W każdym razie obawa przed śmiercią przy porodzie skłoniła podsądną do poddania się skutecznym zabiegom akuszerki.

Nierzadko uciekają się zawodowi spędzacze płodu do innych wybiegów względem zgłaszających się klientek. I tak oświadczają im, iż nie są w ciąży, tylko że się im

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

miesiączka dobrowolnie lub z przeziębienia zatrzymała, lub, że płód ich nie żyje, że mają zaśniad i t. d. Podobnie tłómaczą się także przed sądem same kobiety, które się na sobie spędzenia płodu dopuściły. Tłómaczenia się podsądnych, że płód w ich łonie był nieżywy, mogą wynikać z przesądnych wierzeń, możliwie opartych na błędnych dowodzeniach Aristotelesa o tak zwanej »animatio foetus«, przejętych potem przez Ojców Kościoła, z wierzeń, że płód w pierwszych miesiącach ciąży jest wogóle nieżywym. Zastawianie się kobiety wobec sądu twierdzeniem, iż nie było płodu, tylko zaśniad i dlatego zaśniad usunięto, nie uwalnia od odpowiedzialności, albowiem kobieta nie mogła wiedzieć o tem, iż jest w ciąży zaśniadowej, gdy podjęła zabiegi w celu spędzenia płodu. Nawet w razie, gdyby płód spędzony okazał się w istocie zaśniadem, może być kobieta pociągnięta do odpowiedzialności za usiłowane spędzenie płodu (n. p. orzeczenie Tryb. Rzeszy niem. z 10. czerwca 1880).

Niewielka tylko ilość przypadków spędzenia płodu, w istocie bardzo częstych, dochodzi do wiadomości władz, a i z tych znaczna część dla braku przedmiotowych dowodów kończy się uwolnieniem. Wedle zestawienia Lewina z wszystkich przypadków spędzeń płodu, które były przedmiotem dochodzeń sądów w Niemczech w latach od 1882 do 1895 r., w jednej czwartej musiało nastąpić uwolnienie. Uderzający jest też stosunek zbrodni spędzenia płodu do zbrodni dzieciobójstwa pod względem wyniku dochodzeń sądowych.

I tak w ciągu lat 15 w Austryi (1881 - 1896) przeszło dwa razy tyle (1576) było wyroków zasądzających za dzieciobójstwo, niż za spędzenie płodu (709), przyczem należy zważyć, iż przeważna część spędzeń płodu nie dochodzi do wiadomości władz, gdy każde niemal dzieciobójstwo jest przedmiotem dochodzeń sądowych. Zarazem zdaje się być niewątpliwem, iż częstość spędzenia płodu a zmniejszanie się liczby dzieciobójstwa idzie w parze z wzrostem kultury i wykształcenia.

W Krakowie liczba dochodzeń o spędzenie płodu jest znikająco mała. Wystarczy nadmienić, że za czas ostatniego dziesięciolecia miałem sposobność zetknąć się tylko z 26 przypadkami spędzenia płodu, które były przedmiotem dochodzeń sądowych. Z tych zaledwie w dwóch nastąpiło zasądzenie. Pomijając na razie ich omówienie, rozpatrzę zasady, na jakich opierać się powinno orzeczenie sądowo-lekarskie w przypadkach spędzenia płodu, a stąd zrozumiemy łatwo, dlaczego nawet w przypadkach dochodzeń sądowych tak rzadko mogą nastąpić zasądzenia.

Doniesienia do władz o rzekomem spędzeniu płodu musi śledztwo dokładnie zbadać, czy oparte są na realnej podstawie, albowiem, jakkolwiek o wiele rzadziej, niż w przypadkach doniesień n. p. o zgwałcenie kobiety, mogą one być i bywają fałszywe. Tak n. p. miałem sposobność badać młodą dziewczynę z grona mundantek kancelaryjnych, która obwiniła swego służbodawcę o uwiedzenie do nierządu pod obietnicą małżeństwa i o usiłowane spędzenie płodu. Badanie sądowo-lekarskie wykazało, iż donosząca miała jeszcze zupełnie zachowaną półksiężycowatą błonę dziewiczą o znacznym otworze i bardzo rozciągliwą, nadto, iż nie okazywała żadnych śladów przebytego poronienia. Dochodzenia dalsze wykazały, iż wogóle nie była ona nigdy jeszcze w ciąży, a obwinienie swe o spędzenie płodu opierała na tem, iż jej służbodawca wprowadzał za jej zgodą przed każdym stosunkiem do jej pochwy pastylki przeciw zastąpieniu, złożone z kwasu cytrynowego i borowego.

Tak więc z uwagi na możliwość fałszywych doniesień i celem stwierdzenia przedmiotowej istoty czynu musi lekarz znawca w każdym przypadku dowieść najpierw, czy poronienie miało w istocie miejsce, a w razie twierdzącym, co było przyczyną poronienia, w szczególności czy przyczyną jego były środki zewnętrzne, w tym celu użyte.

Odpowiedź na pierwsze pytanie musi już najczęściej wypaść nie stanowczo, albowiem między chwilą doniesienia i badania sądowo-lekarskiego, a chwilą domniemanego poronienia upływa zwykle dłuższy, do zatarcia przedmiotowych zmian wystarczający okres czasu. A nawet i w świeżych przypadkach, t. j. w przypadkach badania w kilka dni po odbytem poronieniu, jeżeli nastąpiło ono z końcem n. p. pierwszego miesiąca ciąży, może być wynik badania niewystarczający do stwierdzenia stanowczego, iż w istocie zachodziła ciąża i poronienie. Takim był n. p. wynik w przypadku dochodzenia przeciw lekarzowi, głośno pomawianemu o zawodowe zajmowanie się spędzaniem płodu. W przypadku tym, ocenianym także przez wiedeński Wydział lekarski, prawie ujemny wynik badania w kierunku odbytego poronienia zniewolił trybunał do wyroku uwalniającego, mimo tak znacznego poszlaku, jak okoliczność, że lekarz ten na wezwanie męża swej klientki zwrócił mu bardzo wysokie honoraryum, dane mu przez nią za zabieg. Honoraryum to usprawiedliwiał lekarz przed sądem temi że zwykle pobiera od swoich pacyentek honorarya z góry za zabiegi operacyjne i za następowe leczenie!

W razie niemożności stwierdzenia poronienia musi być dalsze dochodzenie śledcze zaniechane i tem też tłómaczy się, dlaczego tylko mała liczba dochodzeń o spędzenie płodu kończy się aktem oskarżenia. Wywiady nie wiodą w tych razach do celu, albowiem kobiety, które zwróciły się do zawodowych spędzaczy o pomoc, jako współobwinione zaprzeczają, aby były w ciąży i roniły. Propozycya Veita, aby kobiety te uwolnić od odpowiedzialności sądowej i dopuścić w śledztwie w charakterze świadków i na ich zeznaniu wyłącznie oprzeć wyrok na spędzaczy, jest z prawniczego punktu widzenia niedopuszczalna. Zresztą i w tym razie zeznanie kobiety, która wrzekomo po zabiegu poroniła, nie mogłoby żadną miarą wystarczać do zasądzenia, albowiem przyjąwszy nawet szczerość jej zeznania, mogłoby ono polegać na złudzeniu; wszakże wiadomo, że obawa, iż się jest w ciąży, może wywołać podmiotowe jej objawy, przedewszystkiem zatrzymanie miesiączki. Jeżeli u takiej kobiety, która nie była w ciąży, po dokonanym zabiegu pojawiła się miesiączka, w czasie której może się nawet, choć rzadko, wydzielać krew w postaci drobnych skrzepów, to kobieta jest przekonana, iż była w ciąży i że ciążę jej sztucznie przerwano. Tego rodzaju przypadki tłómaczą nam wziętość i wiarę w pewne środki, zwłaszcza wewnętrzne, zażywające sławy płodopędnych.

Ponieważ rozpoznanie stanowcze ciąży w pierwszych tygodniach jej trwania jest niemożliwe, zatem zabiegi pod-

jęte w tym czasie w celu jej przerwania mogą być i bywają o tyle bezcelowe, o ile podejrzenie ciąży jest w danym przypadku fałszywe. Atoli zawodowym spędzaczom nie chodzi wcale o rozpoznanie ciąży, gdyż jeźli jej nie ma, to bez względu zresztą na dokonany przez nich zabieg, miesiączka wróci, a okoliczność tę przypiszą wobec swych klientek swej pomocy. W ten sposób utrzymując klientki swe w błędzie i korzystając z ich nieświadomości, dopuszczają się oszustwa. Przypadek takiego oszustwa, popełnionego przez lekarza, miałem sposobność oceniać z polecenia naszego Wydziału lekarskiego. Pewien pruski nauczyciel ludowy, utrzymujący stosunek z dziewczyną publiczną, zaskoczony przez nią wiadomością, iż musi być w ciąży, gdyż przez jeden miesiąc nie pojawiła się u niej miesiączka, udaje się z miejsca swego zamieszkania na Śląsku pruskim do pobliskiego naszego miasteczka do lekarza, aby zapobiegł ciąży u jego kochanki. Lekarz podejmuje bliżej nie wyjaśnione zabiegi, poczem u dziewczyny wraca regularność. Wskutek doniesienia do władz pruskich rozpoczyna się śledztwo przeciw dziewczynie i nauczycielowi. Wezwani znawcy lekarze niemieccy orzekają, że choć wynik badania w kierunku odbytego poronienia ujemny, to jednak z uwagi na to, iż na 100 przypadków zatrzymania się regularności w 99 przypadkach zachodzi ciąża, badana musiała być w ciąży, a ciążę sztucznie przerwano. Nauczyciela skazuje sąd pruski na rok więzienia, dziewczynę na kilka miesięcy, a przeciw naszemu lekarzowi odstępuje dochodzenie sądom naszym. Z aktów śledczych wynika niedwuznacznie, że u klientki jego wogóle nie było ciąży, a lekarz podjął obojętne zabiegi »ut aliquid fecisse videatur«, utrzymując nauczyciela i jego kochankę w przekonaniu ciąży i dokonanego spędzenia, aby mieć tytuł do znaczniejszego wynagrodzenia.

Stwierdziwszy stanowczo w danym przypadku odbyte poronienie, musimy wykazać, że było ono rozmyślnie i sztucznie wywołane. I tu znowu bardzo często nie udaje się nam wykazać przedmiotowych zmian, któreby pozwoliły orzec stanowczo, iż dokonano spędzenia. Obwinieni zawodowi spędzacze bronią się w tych razach najczęściej w ten sposób, iż wypierając się wszelkiej winy, podają, jakoby nieśli tylko konieczną pomoc swym klientkom, które zgłosiły się wrzekomo do nich w trakcie poronienia. Tak się n. p. tłómaczył pewien lekarz, do którego zgłosiła się z prośbą o spędzenie płodu 4-miesięcznego młoda dziewczyna. Lekarz ten przebił pęcherz płodowy, a następnie dokonał poćwiertowania płodu. Dziewczyna była pierwiastką i w kilka tygodni po zabiegu zmarła wskutek zakażenia połogowego. Mimo wielce obciążających lekarza szczegółów śledczych, nasz Wydział lekarski oświadczył się za możliwością już rozpoczętego poronienia u chorej w chwili jej przybycia do obwinionego, tem samem uniemożliwił zasądzenie go za zbrodnię spędzenia płodu. Natomiast orzeczeniem swem potępił jego zawodową biegłość i sprawność, w następstwie czego sąd zasądził go na czasową utratę dyplomu za błąd lekarski.

Do nielicznych przypadków, w których stanowczo może znawca sądowy potwierdzić oba pytania, należą niestety zwykle tylko te, które kończą się śmiercią ciężarnej, w których zatem podejmuje się sekcyę zwłok. Lecz i z tych pewna część nie wiedzie do zasłużonego wyroku, albowiem ciężarna, dopóki jeszcze żyje, zaprzecza, by się poddała spędzeniu płodu, a tem samem nie wyjawia właściwego sprawcy. Zdarzyło się to n. p. w przypadku, ocenianym przezemnie dla sądu, tyczącym się młodej dziewczyny, która bez wiedzy swego kochanka dała sobie u niewiadomego sprawcy spędzić płód zapomocą wstrzyknięcia wśródmacicznego. Po kilkutygodniowej chorobie uległa ona ciężkiemu ogólnemu zakażeniu.

Liczba przypadków domniemanego spędzenia płodu, ocenianych przezemnie w ciągu ostatniego dziesięciolecia, wynosząca 26, dotyczyła 22 kobiet stanu wolnego w wieku od 18 do 31 lat, z klasy służących, robotnic i szwaczek i 4 kobiet zamężnych w wieku od 27—39 lat, z klasy niezamożnej. W 10 z tych przypadków nastąpiło poronienie po zażyciu środków wewnętrznych, a zarazem i śmierć ciężarnej. W 3 z nich zachodziła sekcyą stwierdzona (częściowo lub zupełnie odklejone jaje płodowe) ciąża dwumiesięczna, w jednym trzymiesięczna, w pięciu czteromiesięczna, w jednym pięciomiesięczna. W siedmiu z tych przypadków użyto fosforu, a zwrócić tu muszę uwagę na to, że jak to wykazali Kirchmeier, Seydel, Lewin i ja' fosfor cieszy się wziętością jako niezawodny środek w małej dawce płodopędny, a dla życia matki nieszkodliwy. Niestety nieświadomość wielkiej siły trującej fosforu wiedzie w tych razach zawsze do śmierci matki. W dwóch przypadkach użyto ze skutkiem, ale i z następową śmiercią matki sublimatu, w jednym wreszcie karbolu. Samo przez się rozumie się, że dochodzenia sądowe były w tych przypadkach bezowocne. Z pozostałych 16 przypadków przypadają 4 na spędzenia płodu, dokonane raz w drugim, raz w trzecim, raz w czwartym i raz w piątym miesiącu ciąży przez lekarzy. Z tych trzy, dla matek pomyślnie zakończone, nie pociągnęły dla obwinionych żadnych skutków prawnych dla braku przedmiotowego dowodu, w jednym już omówionym, który zakończył się śmiercią matki, nastąpił wyrok sądowy za błąd lekarski. W dwóch z nich wedle podania zastosowano przebicie jaja płodowego, w dwóch pozostałych niewątpliwie wyskrobanie. W reszcie, t. j. w 12 przypadkach były obok dotyczących kobiet w pięciu przypadkach obwinione inne jeszcze osoby o udział w zbrodni, a mianowicie w dwóch akuszerki, w jednym aptekarz, w dwóch kochankowie ciężarnych. Środkami, zalecanymi przez obie obwinione akuszerki, były raz obok popularnego odwaru z czarnej róży (flores malvae arboreae) wstrzykiwania do pochwy (ze skutkiem), drugi raz gorące kąpiele nożne, picie mydlin i przewieszanie się żywotem przez drzwi sąsieku (ze skutkiem). Oba zakończyły się uwolnieniem podsądnych. W przypadku, tyczącym się aptekarza, zalecał on klientce swej oprócz wymuszonego przez się spółkowania z nią, środki wymiotne, picie okowity z mydłem, natrysk pochwowy z wody borowej i gorące kąpiele nożne z odwaru nasion gorczycy. Wynik zabiegów był ujemny, ciąża dobiegła do prawidłowego końca. W jednym przypadku zalecił majster malarski, żonaty, swej kochance zażywanie udzielonego jej przez się sporyszu, którego jednak nie zażyła i porodziła dziecię na czasie. Wskutek orzeczenia, że sporysz może wywołać poronienie, sąd zasądził majstra za zbrodnię usiłowanego spędzenia płodu. W ostatnim wreszcie przypadku zalecał parobczak kochance swej celem przerwania ciąży dźwiganie ciężarów

i środek, zalecony ongi przez Hipokratesa pięknej niewolnicy, t. j. skakanie ze schodów. Niestety środki te nie odniosły skutku a »genitura non defluxit cum sonitu«. Siedem z pozostałych przypadków dochodzeń przeciw samym ciężarnym zakończyło się uwolnieniem od odpowiedzialności z powodu braku dowodu winy. W jednym z nich miało być użyte, jednak bez skutku, picie odwaru z liści oleandru (Nerium O.)

W końcu słów kilka o uprawnieniu lekarza do wzniecenia poronienia. Uprawnienia takiego nie mieści w sobie żadne ustawodawstwo z wyjątkiem kodeksu romańskich kantonów szwajcarskich. Mimo to lekarz jest uprawniony do wykonania zabiegu przerwania ciąży, jeżeli do niego istnieje ścisłe wskazanie, t. j. ratowanie w istocie ciążą zagrożonego życia matki. Tak samo nie istnieje w ustawodawstwach wzmianka, uprawniająca lekarza do zabiegów operacyjnych, a przecież zabiegi te są i muszą być wykonywane i żaden prokurator ani sędzia nie dopatrzy się w nich przestępstwa uszkodzenia ciała. Pojęcie prawnicze bowiem przestępstwa mieści w sobie jako karygodną podstawę czynu zły zamiar; skoro w działaniu lekarskiem nie ma, a raczej nie powinno być złego zamiaru, przeto operacyjne zabiegi, a zatem i przerwanie ciąży lecznicze, nie może podlegać karze, owszem jest dozwolone, a nawet nakazane; natomiast zaniedbanie wykonania przez lekarza zabiegu ratującego życie ludzkie ulega karze.

Przerwania ciąży winien dokonać lekarz tylko ze ścisłych i bezwzględnych wskazań, do których w pierwszym i głównym rzędzie zdaniem Fritscha, wypowiedzianem na posiedzeniu Zjazdu niemieckiego Towarzystwa sądowo-lekarskiego w Kolonii w r. 1908, należą ciężkie postacie wymiotów ciężarnych i gruźlicy, zwłaszcza gruźlicy krtani. Sam Fritsch wykonał w ciągu 30 lat zaledwie 9 razy przerwanie ciąży. Lekarz, który je podejmuje często, nie uwzględnia chyba ścisłych, a tylko pozorne wskazania. Polecenia godne są zwłaszcza w razach wątpliwych narady z drugim lekarzem, jeszcze więcej ścisłe, przez pewien czas trwające obserwacye brzemiennej, dokonywane w lecznicach, jak się tego słusznie domaga Fritsch.

Nikt nie zaprzeczy, że spędzenie płodu stanowi przestępstwo, niewiele odbiegające od morderstwa i słusznie potępiali je już w starożytności taki Seneka lub Ovidius, który tak trafnie a pięknie przeciw niemu się zwraca:

»Hoc neque in Armeniis tigres fecere latebris,
Perdere nec foetus ausa lenena suos.
At tenerae faciunt, sed non impune puellae;
Saepe suos utero, quae necat, ipsa perit«.

(Lib. amor. II, eleg. 14).

Jeżeli więc kobieta, gubiąca swój płód, gorszą jest od tygrysicy lub lwicy, czemże więc byłby lekarz, któryby się bez sumiennego rozważenia istotnych, nauką i doświadczeniem popartych wskazań targnął na życie płodu? Byłby on etycznie gorszym od zawodowego spędzacza, dla którego prócz wynagrodzenia nie istnieje żadne, choćby pozorne wskazanie do zabiegu.

Przerwanie ciąży wobec ustawy karnej.

podał*)
Prof. Dr Rosenblat.

Problem, o którym Panom mam kilka słów powiedzieć, należy do tych kwestyi stycznych prawa i medycyny, w których zdawaćby się mogło, jakoby zachodziły sprzeczności pomiędzy medycyną a prawem, jakoby zachodziła kolizya pomiędzy nakazami sztuki i etyki lekarskiej, a zakazami prawa karnego. Tak jednak być nie powinno, tak być nie może i tak w rzeczywistości nie jest.

Już bowiem starodawne prawo Hamurabiego uznaje bezkarność operacyi lekarskich. Uznawały ją również wyraźnie kodeksy szwajcarskich kantonów romańskich w pierwszej połowie zeszłego stulecia. Dziwnym sposobem milczą jednak o tem najwięcej nas obchodzące ustawy karne, t. j. austryacka, niemiecka i obowiązująca w Królestwie ustawa karna rosyjska. Nie znajdujemy również w judykaturze sądów najwyższych orzeczenia, któreby uznawało wyraźnie bezkarność przerwania ciąży, przeprowadzonego przez lekarza w granicach sztuki lekarskiej.

Zdawałoby się, że objaw ten jest niepokojący. W rzeczywistości jednak tak nie jest, albowiem objaw ten tłumaczy się tem, iż nie było przypadku, w którymby sądy zasądziły lekarza, przeprowadzającego przerwę ciąży według zasad sztuki lekarskiej. Nie ma tedy orzeczenia najwyższych sądów dlatego, że nie zaszła potrzeba takiego orzeczenia, albowiem tak praktyka, jak i teorya prawa karnego zgodnie uznają, że lekarz, który dokonywa przerwania ciąży według zasad sztuki lekarskiej, nie może być pociągany do odpowiedzialności karnej. Uzasadnienie tej bezkarności jednakowoż nie jest zgodne i nasuwa pewne wątpliwości.

Rozróżnić należy w tym kierunku głównie trzy teorye, usprawiedliwiające bezkarność lekarza.

Pierwsza z nich polega na t. zw. prawie zawodowem. Twierdzi ona, że lekarz z mocy swego zawodu ma prawo wykonywania operacyi lekarskich, sztuką lekarską wskazanych, bez narażenia się na odpowiedzialność karną. Czy jednak do tej bezkarności wymaga się zgodzenia chorego, czy nie, jest rzeczą sporną. W każdym jednak razie bezkarność ta może się odnosić tylko do tych przypadków, w których lekarz dokonywa operacyi w tym celu, ażeby uzdrowić osobę, na której operacyę wykonywa. Wymaga się zatem tożsamości osoby operowanej i osoby, która ma być uzdrowioną. Warunek ten nie zachodzi przy przerwie ciąży, gdzie operacyi dokonywa się na płodzie, który się niszczy w celu ocalenia matki. Teorya ta zatem nie byłaby wystarczającą do usprawiedliwienia bezkarności sztucznego przerwania ciąży.

Teorye dalsze, t. zw. »Zweck-Teorien«, usprawiedliwiają bezkarność sztucznego przerwania ciąży tem, że nie ma w niem pierwiastku bezprawia, który jest warunkiem odpowiedzialności karnej. Kto bowiem działa dla ochrony i ocalenia dóbr ludzkich, nie może podpadać pod ustawę, która właśnie tę ochronę ma na celu, a karze tych, którzy

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

prawo obce naruszają i krzywdzą, a nie tych, którzy je chronią. Skoro tedy operacya lekarska, a w szczególności przerwa ciąży dąży do uzdrowienia człowieka, a nie do uszkodzenia, przeto nie może być podciągana pod prawo karne. W najnowszem prawie stworzono dla uzasadnienia bezkarności działań, o których mówimy, pojęcie t. zw. pomocy w potrzebie (Nothilfe). Prawo dawne znało t. zw. stan konieczności, czyli prawo wyższej konieczności tylko dla osoby będącej w niebezpieczeństwie. Wolno bowiem osobie, która sama jest w niebezpieczeństwie, poświęcić dla swego ocalenia osobę drugą, względnie prawo obce — o ile prawo poświęcone nie jest ważniejsze od prawa, które ma być ocalone. To prawo wyższej konieczności było jednak ograniczone wyłącznie do osoby, która sama była w niebezpieczeństwie, a nie miało zastosowania do osób trzecich. Otóż prawo nowe daje także trzecim osobom prawo udzielania pomocy innym, będącym w takim stanie konieczności, czyli w potrzebie.

Wolno więc według tego lekarzowi udzielić bezkarnie pomocy matce, będącej w tem położeniu, a zatem wolno mu poświęcić płód dla ocalenia matki. Prawo takie uznają kodeks karny włoski, norweski, jakoteż i nowa ustawa karna rosyjska z roku 1903 w § 46.

Czy wobec tego zachodzi potrzeba wyraźnego postanowienia w kodeksie karnym, że lekarz, dokonujący sztucznego poronienia ciąży w granicach i z obowiązku lekarskiego, jest bezkarny, — to jest pierwsze pytanie, które nam rozebrać i rozstrzygnąć wypada.

Jeśli zaś przyjmiemy, że zachodzi potrzeba wyraźnego postanowienia w kodeksie — nasuwa się pytanie dalsze: W jakich przypadkach ta bezkarność ma być uznaną, tj. jakie przyczyny usprawiedliwiają lekarza, który dokonywa, sztucznego przerwania ciąży, a dalej nasuwa się pytanie trzecie: Czy ta bezkarność, zagwarantowana lekarzowi ma być ustawowo zależną od pewnych warunków, np. od przybrania drugiego lekarza, od narady lekarskiej i t. d., czy też ma być bezwarunkową.

Otóż na pytanie pierwsze zasadnicze odpowiadam, iż wyraźne postanowienie w prawie karnem, gwarantujące wolność od odpowiedzialności lekarzowi, działającemu w granicach sztuki lekarskiej, jest potrzebne. W tym też duchu uchwaliliśmy postąpić w komisyi, układającej nowy kodeks karny austryacki, której byłem członkiem. I wypowiedzieliśmy w § 295 projektu ustawy karnej austryackiej wyraźnie, że lekarz, który spędza płód, lub zabija go w łonie matki w celu odwrócenia od kobiety w ciąży będącej niebezpieczeństwa grożącego jej życiu, lub zdrowiu, nie dającego się w inny sposób usunąć, nie podpada karze za spędzenie płodu.

Za takiem wyraźnem postanowieniem w prawie karnem przemawiają motywa następujące.

Przedewszystkiem wymaga tego interes lekarzy, albowiem lekarz, przystępujący do tak ważnej operacyi, powinien mieć absolutny spokój i bezwzględną pewność, nietylko, że nie będzie zasądzony karnie za dokonanie przerwania ciąży, ale że w ogólności nie będzie ścigany, że będzie bezpieczny przed szykanami, denuncyacyami i złośliwością ludzką, a nadto postanowienia o pomocy w potrzebie nie są dostateczną i nie są bezwzględną gwarancyą dla lekarzy. Wymagają bowiem niektóre projekty ustawodawcze, a w szczególności projekt nowego prawa karnego niemieckiego, ażeby położenie kobiety, której można bezkarnie udzielić pomocy, było niezawinione i aby niebezpieczeństwo, które jej grozi, było bezpośrednie. Otóż mógłby ktoś zarzucić, (i znalazł się rzeczywiście sąd niemiecki, który to uczynił), że kobieta będąca w ciąży nie znajduje się w położeniu niezawinionem, albowiem to swoje położenie zawiniła, spełniając dobrowolnie akt spółkowania. Taksamo i drugi warunek niebezpieczeństwa bezpośrednio kobiecie grożącego mógłby nasunąć różne wątpliwości, dlatego rzeczą jest odpowiednią i dla stanu lekarskiego bezpieczniejszą i korzystniejszą, ażeby prawo karne bezkarność sztucznego przerwania ciąży wyraźnie uznawało.

Co do przypadków, w których ta bezkarność może być ustawowo zagwarantowana, należy rozróżnić przyczyny spędzenia płodu socyalne i lekarskie.

Do przyczyn socyalnych w ogólnem tego słowa rozumieniu zaliczyć należy następujące cztery. Pierwsze, jeśli kobieta zaszła w ciążę wskutek zgwałcenia. W przypadku takim różne przyczyny i momenta usprawiedliwiłyby pozornie spędzenie płodu.

Do dalszych przyczyn należy ekonomiczne położenie rodziców, nie będących w stanie dzieci utrzymać i w szczególności położenie matki, mającej porodzić dziecko nieślubne. Zachodzi bowiem obawa i prawdopodobieństwo, że matka dziecię po porodzie zabije, a w takim przypadku rzeczą zdawałoby się odpowiedniejszą, spędzić płód przedwcześnie, aniżeli dopuścić do zbrodni dzieciobójstwa. Do dalszych przyczyn spędzenia płodu należą t. zw. przyczyny higieniczno-rasowe, t. j. dziedziczne choroby rodziców i wynikająca stąd obawa, że dzieci urodzić się mające będą skarłowaciałe, dotknięte kiłą, lub dziedziczną chorobą umysłową. A wreszcie należą do przyczyn socyalnych w ogólnem tego słowa znaczeniu przyczyny, objęte techniczną nazwą urazu psychicznego, — do jakich należy obawa, że kobieta, będąca w ciąży poza małżeństwem, odbierze sobie życie i t. p.

Drugą grupę przyczyn, uzasadniających przerwanie ciąży, stanowią wskazania lekarskie, zalecające przerwanie ciąży w interesie ocalenia matki. Jakie wskazania lekarskie mogą usprawiedliwić przerwanie ciąży, to rozstrzygnięcie tego pytania należy do nauki lekarskiej. Otóż stwierdzam, że prawo może zapewnić lekarzowi, dokonującemu przerwania ciąży, bezkarność tylko dla przyczyn ściśle lekarskich, tj. tylko wtedy, jeżeli lekarz dokonywa operacyi »lege artis« dla wskazań ściśle lekarskich, t. j. dla ocalenia matki.

W przyczynach pierwszej grupy, t. j. socyalnych, mamy do czynienia z kobietą zdrową — w przyczynach drugiej grupy z kobietą chorą.

Otóż lekarzowi nie wolno przerywać ciąży u kobiety zdrowej dla przyczyn, leżących poza sferą lekarską. Wolno mu to tylko dla wskazań ściśle lekarskich, odnoszących się do zdrowia lub życia matki. Jeżeli kto dokonywa przerwania ciąży dla innych przyczyn, nie działa jako lekarz, lecz jako człowiek, który zasługuje na sympatyę i na łagodne traktowanie, ale nie ma prawa żądać bezkarności. Znaczyłoby to bowiem dopuścić do przerywania ciąży bez ograniczenia, czyli wyszłoby to na skreślenie postanowienia ustawy karnej o karaniu spędzenia płodu. Zauważyć muszę nawiasem, że kwestya karygodności spędzenia płodu

w ostatnich latach była bardzo często w pismach roztrząsana i krytykowana. Zachodzi wielka różnica pomiędzy poglądami nowszymi a dawniejszymi na tę kwestyę, że tak powiem, społeczną.

Poglądy dawniejsze, oparte głównie na prawie kościelnem, zabraniały przerwania ciąży i traktowały spędzenie płodu bardzo surowo. Z biegiem czasu poglądy nadzwyczaj złagodniały i dzisiaj odzywają się nawet bardzo poważne głosy, żądające zupełnego skreślenia przepisów karnych o spędzeniu płodu odnośnie do matki.

Na zupełną bezkarność spędzenia płodu zgodzić się jednakowoż nie można. Sprzeciwiałoby się to etyce i rozpowszechnionemu dotąd poczuciu prawa. Sprowadziłoby to za sobą zupełną dowolność, a w dalszym ciągu i demoralizacyę. Że jednak matkę, spędzającą płód, należy traktować o wiele łagodniej, aniżeli to czyniono dawniej, a to w uwzględnieniu przytoczonych przyczyn, jest dzisiaj rzeczą powszechnie uznawaną. Pociąga to za sobą i ten skutek, że przerwanie ciąży, dokonane przez lekarza »lege artis« mniej może będzie karygodne, aniżeli przerwanie, dokonane przez osobę niepowołaną, zagrażające życiu lub zdrowiu matki. Bezkarność jednak musi być ograniczona ustawowo do wskazań ściśle lekarskich.

Co się tyczy pytania trzeciego, to wiadomą jest rzeczą, a powszechnem jest mniemanie, że lekarz dokonujący przerwania ciąży powinien przybrać do tej czynności drugiego lekarza i przystąpić do operacyi tylko na mocy narady lekarskiej (konsylium). Otóż nie mogę zaprzeczyć, że narady lekarskie mogą być wskazane i że ostrożność lekarska może nakazywać przybranie drugiego lekarza do przerwania ciąży. Ustawowo jednakowoż nie można żądać, ażeby bezkarność lekarza była zawisła od przybrania drugiego lekarza, a to dla następujących przyczyn.

Najpierw bowiem przybranie drugiego lekarza nie daje żadnej gwarancyi przeciw nadużyciu, a w szczególności, nie daje żadnych gwarancyi przeciw tworzeniu t. zw. wskazań pozornych. Jak bowiem jeden lekarz dopuścić się może nadużycia, tak może dopuścić się takiego nadużycia i dwóch.

A następnie ta bezkarność lekarza, dokonującego przerwania ciąży w przypadkach, wskazanych sztuką lekarską, nie może być zawisła od formalności, t. j. od przestrzegania pewnych ostrożności. Ostrożność taka może być wskazana jedynie dla zabezpieczenia dowodu, że istotnie wskazanie lekarskie zachodziło. Nie można jednak bezkarność lekarską czynić zawisłą od przestrzegania formalności. Lekarz musi bowiem bezwarunkowo być chroniony od wszelkich możliwych szykan i zarzutów.

Streszczając tedy, co powiedzieliśmy, dochodzimy do następujących wyników:

Po pierwsze uważam za rzecz konieczną w interesie stanu lekarskiego, ażeby ustawa karna zawierała wyraźne postanowienie, że sztuczne przerwanie ciąży, dokonane przez lekarza na mocy wskazania lekarskiego dla ocalenia życia lub zdrowia matki, jest bezkarne.

Powtóre bezkarność ta musi być ograniczona do przyczyn ściśle lekarskich, t. j. do wskazań ze względu na życie lub zdrowie matki. Nie może zaś mieć zastosowania w razie spędzenia płodu dla przyczyn innych, które nazwaliśmy socyalnemi.

Po trzecie bezkarność lekarza nie może być zawisła od przybrania drugiego lekarza, ani od innych formalności, lecz musi być bezwarunkowa. Zachowanie ostrożności może jedynie być wskazane w tych przypadkach, w których nie dałoby się »ex post« udowodnić, że wskazanie lekarskie w rzeczywistości zachodziło.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Payr. **W sprawie techniki tętniczo-żylnego przetaczania krwi.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 15). Przetaczania krwi obecnie mają zupełnie inny skutek, odkąd nauczyliśmy się wykonywać je zupełnie czysto z pomocą protez ew. szwu naczyń. P. podaje obecnie sposób jeszcze prostszy, a mianowicie tętnicę dającego łączy z żyłą biorącego zapomocą kawałka ustalonej w parafinie tętnicy cielęcej. Zabieg w znieczuleniu miejscowem trwa krótko i jest bardzo łatwy, o ile kaliber naczyń nie jest zbyt mały. Potem wysuwa się tętniczkę i naczynia wiąże. Nie spostrzega się przy tym sposobie powikłań, ani skrzepów, a przetaczanie samo przebiega zupełnie spokojnie. K.

Gennerich. **Kliniczne przyczynki do leczenia gośćca tryprowego i innych ostrych następstw wiewióra kollargolem.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 15). Na podstawie swego bogatego doświadczenia zaleca G. gorąco to leczenie, uważać jednak należy, by używać wody świeżo przekroplonej i czystej zupełnie. Systematyczne codzienne śródżylne wstrzykiwania zapobiegają w najcięższych nawet przypadkach przedostaniu się jadu do krwi i następowym zajęciom stawów, ew. wsierdzia. Zaraz po zastosowaniu kollargolu przy istniejących powikłaniach spostrzega się wybitną poprawę np. przy zapaleniu najądrza. Technika wstrzykiwań jest prosta. Codzień sporządza się 1% rozczyn kollargolu i wyjaławia się go przez 1/2 godziny w kąpieli wodnej (100°). Po zasznurowaniu ramienia, gdy żyły nabrzmieją, wkłuwa się w żyłę pośrodkową łokcia igłę strzykawki, zdejmuje się opaskę i bardzo wolno (2-3 minuty) wstrzykuje się około 10 cm^3 rozczynu. Wstrzykiwania te stosuje się codzień aż do trwałego spadku ciepłoty. K.

Urologia.

Prof. C. Adrian. **W sprawie oznaczania ilości moczu zalegającego.** (Zeitschr. f. Urolog. Tom VI. Zesz. 1.). Oznaczenie ilości zalegającego moczu w przypadkach przewlekłego, niezupełnego, a z dużem rozdęciem pęcherza przebiegającego zatrzymania moczu, bez całkowitego opróżnienia pęcherza, jest rzeczą niezmiernej wagi ze względu na niebezpieczeństwo, jakie grozi takim chorym przez nagłe opróżnienie pęcherza. Do oznaczenia ilości moczu zalegającego wiodą dwie drogi: chemiczna i fizyczna. Metoda chemiczna polega na oznaczeniu rozcieńczenia, jakiemu ulegają składniki prawidłowe moczu np. chlorki, przez wprowadzenie pewnej ilości wody, po poprzedniem upuszczeniu takiejże ilości moczu. Można także w tym celu wypuścić z pęcherza pewną ilość moczu i na jego miejsce wstrzyknąć taką samą ilość płynu z oznaczoną zawartością, np. jakiegoś barwika lub cukru gronowego. Na podstawie rozcieńczenia wydobytej z powrotem porcyi oblicza się ilość płynu w pęcherzu. Z metod fizycznych można się posłużyć przewodnictwem elektrycznem moczu, stopniem marznięcia lub mierzeniem ciężaru gatunkowego, uwzględniając przytem ciepłotę pokoju i stan barometru. Wszystkie te sposoby kryją

w sobie dużo źródeł błędów i dadzą się wykonać tylko przy moczu przeźroczystym. Pisarski.

B. Björling. **Dalszy przyczynek do nauki o ciałkach sterczu.** (Zeitschrift f. Urolog. Tom VI. Zesz. 1). Autor rozróżnia trzy kategorye ciałek sterczu: 1) ciałka szkliste, 2) ciałka z ziarniną, odbywające czasami ruchy pełzakowate, jak białe ciałka krwi i 3) ciałka silnie załamujące światło, jak kuleczki tłuszczu, które autor zgodnie z Kaiserlingiem nazywa ciałkami »lipoidowemi«. Na podstawie 12 badanych przypadków twierdzi B., że najliczniejsze są ciałka szkliste i ziarniste, ciałka lipoidowe występują w znacznie mniejszej ilości. Ciałka szkliste i ziarniste nie rozpuszczają się ani w zimnym, ani w gorącym alkoholu; ciałka lipoidowe rozpuszczają się w alkoholu, eterze i acetonie. Wedle przypuszczenia B. powstają ciałka szkliste prawdopodobnie w sterczu; ciałka lipoidowe mogą być wytworem komórek gruczołowych sterczu; przez ciałka białe bywają te kuleczki pochłaniane, a po ich rozpadzie znajdują się uwolnione w soku sterczu; ciałka ziarniste należy uważać za wytwory rozpadu ciałek białych. Pisarski.

M. Pierosz. **Neurastenia płciowa.** (Zeitschrift f. Urologie. Tom VI. Zesz. 1). Leczenie objawów neurastenii płciowej powinno być zadaniem równocześnie urologa i neuropatologa. Na obraz tej choroby składają się objawy przyrody miejscowej i ogólnej, a przyczynę ich upatruje autor w schorzeniu gruczołu krokowego, określając je jako »atonię sterczu«. Stan ten dotyczy mięśnia gruczołu krokowego i może być skutkiem stanów zapalnych cewki moczowej lub też nadużyć płciowych. Co do leczenia ogólnego poleca autor hydroterapię, miejscowo zaś stosuje z dobrym wynikiem faradyzacyę sterczu. Stanowczo odradza leczenia miejscowego wzgórka nasiennego (caput gallinaginis), jak sondy, psychrofor i t. p. Pisarski.

B. N. Cholzow. **W sprawie chirurgicznego leczenia przewlekłego zapalenia nerek.** (Zeitschrift f. Urolog. T. VI. Z. 1). Korzystny wpływ na przebieg przewlekłego zapalenia nerek po obłuszczeniu nerki z torebki włóknistej (decapsulatio) wytłómaczyć się daje w dwojaki sposób: po pierwsze zmniejsza się przez to ciśnienie śródnerkowe, wskutek czego poprawia się krążenie nerkowe, po drugie powstają w bujającej naokoło nerki tkance łącznej nowe naczynia, które wrastając w miąższ nerki i tworząc połączenia z naczyniami nerki, stwarzają lepsze warunki krążenia i wpływają dodatnio na czynność wydzielniczą nerki. Poprawa tych stosunków krążenia zdaje się jednak nie być trwałą, gdyż, jak badania mikroskopowe wykazały, obfita sieć naczyniowa w nowo utworzonej naokoło nerki tkance łącznej stwierdzić się daje tylko w początkowych okresach, później ta nowo utworzona tkanka łączna przybiera cechy tkanki bliznowatej i zawiera mało naczyń. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne stwierdziły niewątpliwie korzystny wpływ obłuszczenia nerki z torebki na przebieg przewlekłego zapalenia nerek, pozostaje tylko nierozstrzygniętem, czy wpływ ten będzie stałym, czy tylko przemijającym. Poprawa zaznacza się znikaniem obrzęków, poprawą czynności serca, powrotem apetytu, ogólnem przybieraniem na siłach, wzmożeniem stopy moczenia, znikaniem białka i wałeczków w moczu, zwiększeniem się ilości mocznika i chlorków. Statystyka wykazuje dotychczas 16% wyleczeń, 40% polepszeń, 11% wyników ujemnych, 33% śmiertelności. Ponieważ chorzy na przewlekłe zapalenie nerek źle znoszą narkozę, a także w ranie pooperacyjnej występują u takich chorych często powikłania, należy wskazanie do tego zabiegu ograniczyć do przypadków ciężkich, z objawami mocznicy, bezmoczu, oliguryi, krwiomoczu lub wreszcie, gdy bóle silne. Przy złej czynności serca lub bardzo przewlekłym przebiegu choroby, lepiej zabiegu chirurgicznego nie wykonywać. Pojedyncze obłuszczenie nerki z torebki włóknistej i pozostawienie jej w swojem miejscu uległo z biegiem lat różnym zmianom; i tak Lipburger obszywa obłuszczoną nerkę płatkiem mięsnym z mięśnia lędźwiowego czworobocznego, Bakes przeszczepia ją do jamy otrzewnej, a Claude otacza ją wydobytą z jamy brzusznej siecią, czyniąc przez to zabieg podobnym do zabiegu Talmy. Israel oprócz obłuszczenia wykonywa zawsze przecięcie nerki (nephrotomia). Zazwyczaj wykonywano zabieg równocześnie z obu stron, można jednak wykonać go i dwuczasowo. Oprócz przewlekłego zapalenia nerek wykonywano obłuszczenie nerki przy rzucawce i uzyskiwano 60% wyleczeń. Autor zaleca na podstawie swojego osobistego doświadczenia obłuszczanie nerki przedewszystkiem jako środek objawowy, gdyż w swoich przypadkach spostrzegał potem zawsze ustępowanie bólu; ale i pod innymi względami przedstawiały się jego przypadki korzystnie. Pisarski.

Dermatologia.

K. i Sh. Dohi. **W sprawie powstawania liszajca.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 111). Autorowie rozróżniają dwie postacie liszajca, jedną, gdzie przyczyną wywołującą jest gronkowiec biały, drugą, którą wywołuje paciorkowiec. Pierwsza, pojawiająca się u małych dzieci nagminnie jedynie w porze ciepłej, cechuje się powstawaniem pęcherzyków i pęcherzy, wypełnionych początkowo cieczą jasną, potem mętniejącą, a zasychających następnie w cienkie białe lub jasno żółte strupki. — Druga, występująca sporadycznie, bez względu na porę roku i u dzieci i u starszych, znamionuje się występowaniem pęcherzyków, których treść szybko zamienia się w ropną, a która, wydostawszy się na zewnątrz, zasycha w grube woskowo żółte strupy. — Obecność gronkowca żółtego, którego od czasu do czasu udaje się z jednej i drugiej postaci liszajca wyhodować, uważają autorowie za zakażenie następowe. H. L. Weber.

O. Thomsen i H. Boas. **Odczyn Wassermanna w kile wrodzonej.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 111). Autorowie streszczają wyniki swej pracy mniej więcej w następujących słowach: Dzieci matek, które kiłę przebyły, a których surowica krwi daje odczyn ujemny, są i pozostają zdrowe daleko częściej, aniżeli dzieci matek, u których próba Wassermanna występuje dodatnio. Dzieci, u których później występują objawy kiły, niezawsze tuż po porodzie okazują odczyn dodatni. W rzadkich przypadkach u pewnych dzieci odczyn Wassermanna tuż po urodzeniu się bywa dodatni, wkrótce jednak zamienia się na ujemny, a dzieci te pozostają zdrowe. U dzieci z objawami kiły dziedzicznej odczyn Wassermanna zawsze jest dodatni. Odczyn Wassermanna u dzieci z objawami kiły wrodzonej jest daleko oporniejszy wobec leczenia swoistego i daleko trudniej zamienia się na ujemny, aniżeli odczyn przy kile nabytej. Matki dzieci kiłowych są zawsze kiłowe.

H. L. Weber.

W. Schwenter-Trachsler. **Nowa metoda usuwania włosów.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 111). Metoda pani S.-T., wypróbowana w 252 przypadkach, polega na wcieraniu mielonego pumeksu w miejsca poprzednio ogolone, z których włosy chce się usunąć. Wcierania wykonuje się pod włos 2 lub 3 razy dnia. W większości przypadków już po pół roku włosy są o wiele cieńsze, po roku już tylko meszek, a po dalszych 6 miesiącach ledwo ślad dawnego zarostu. Metoda może być zastosowana wszędzie, nie drażni skóry, nie jest kosztowna, nie wymaga specyalnych przyrządów i jest (podobno) chętnie wykonywana.

H. L. Weber.

Björling. **Czy istnieje jaka różnica w wydzielinie gruczołu krokowego prawidłowego a sprawą zapalną zajętego?** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 111). Barwiąc błękitem metylenowym jakąkolwiek wydzielinę ropną, przekonamy się, iż jądra niektórych leukocytów zabarwią się silniej i szybciej, niż ich protoplazma. Komórek takich, które B. nazywa »kernchromophile Leukozyten« nie znajduje się w wydzielinie z gruczołu krokowego zdrowego, często natomiast, chociaż niezawsze, znajduje się je w wy-

dzielinie gruczołu zajętego zapaleniem. Leukocyty z gruczołu zdrowego, barwione mieszaniną Leishmana (eozyny i błękitu metylenowego) barwią się jednostajnie, w wydzielinie zaś sterczu, w którym toczy się sprawa zapalna, jądra barwią się daleko silniej, niż ich protoplazma, w której również widzimy bardzo często ziarenka. Różnicę tę barwienia się owych leukocytów tłómaczy autor działaniem różnych środowisk, w których leukocyty pozostają, raz więc wydzieliny sterczu prawidłowej, drugi raz wysięku zapalnego. H. L. Weber.

Hecht. **O przyczynach gorączki po śródżylnem wstrzyknięciu salwarsanu.** (Med. Klinik, 1912, Nr 10). Przyczyna jest trojaka: 1. Wedle Wechselmana nie świeżo przekroplony rozczyn soli kuchennej, w którym w pewien czas rozwijają się bakterye; wprawdzie przed wyjałowieniem przed wstrzyknięciem zostają one zniszczone, ale ich martwe pozostałości, dostawszy się do obiegu krwi, wywołują dreszcz i gorączkę. 2. Toksyczność wstrzykiwań salwarsanu wzmaga się w miarę, im więcej endotoksyn z zabitych krętków przez środek ten zostało uwolnionych, stoi więc w prostym stosunku do stopnia zakażenia i tem większą wywołuje gorączkę. 3. U pewnych osób istnieje idyosynkrazya do salwarsanu, tak, iż nawet po małej jego dawce przy świeżo sporządzonym rozczynie soli kuchennej i słabem zakażeniu występują objawy ogólne (dreszcz, gorączka). Tu zaliczyć należy występujące u tychże osób rumienie toksyczne i półpasiec po wstrzyknięciu salwarsanu.
M. Mondschein.

Herzfeld i Elin. **O wydzielaniu się jodu przy stosowaniu maści jodowych.** (Med. Klinik, 1912, Nr 9). Przy stosowaniu maści jodowych możemy przez odpowiednie dobranie samego przetworu i zaprawy wywołać obfite dostawanie się jodu przez skórę do ustroju. Z zapraw najlepiej nadaje się do tego celu waselina, potem wasogen, najmniej zaś zwykły tłuszcz i lanolina. Z przetworów jodu najłatwiej ulega wessaniu jothion, gorzej jodek potasu, a źle jodostaryna. Przy smarowaniu jodyną można jod wykazać w moczu, jeżeli jednak dodamy do jodyny gliceryny, to wessanie nie następuje. Wchłanianie staje się szybsze, gdy skóra jest podrażniona. Wynika z tego, że najlepiej jest zapisywać maść jothionową na waselinie lub wasogenie. A.

Fabry i Jerzycki: **W sprawie poronnego leczenia salwarsanem początkowego okresu kiły.** (Med. Klinik, 1912, Nr 5). Autorowie mieli na 50 przypadków wrzodu twardego (stwierdzone krętki, a czasem już i odczyn Wassermanna dodatni) 35 przypadków zupełnego wyleczenia z próbą Wassermanna ujemną bez następowych drugorzędnych objawów, pięć przypadków również bez objawów drugorzędnych z odczynem Wassermanna jednak dodatnim. Wyrażają więc zdanie (co i prof. Ehrlich na ich zapytanie potwierdził), że w początkowym okresie dla poronnego wyleczenia można śmiało wstrzyknąć śródżylnie i dwa razy po 0·5—0·6 salwarsanu, a obok tego zastosować 10 wstrzyknięć salicylanu rtęci. Przy podskórnem i śródmiąższowem stosowaniu wystarczyło jedno wstrzyknięcie, by i objawów dalszych nie było i odczyn Wassermanna był ujemny. Mimo wyższości zastosowania śródmiąższowego co do wydatności działania (w jednym przypadku wystarczyła jedna dawka 0·4 salwarsanu) nie doradzają go jednak F. i J., a to z powodu bolów. Chorzy skarżą się zazwyczaj przy pierwszem wstrzyknięciu na bole głowy, mdłości, biegunkę, rzadko na wymioty; niekiedy (rzadko) podnosi się ciepłota, najwyżej do 39° C. Te ogólne objawy znikają w krótkim czasie zupełnie. Po drugiem wstrzyknięciu podnosi się ciepłota nieznacznie, zaburzeń jednak ogólnych (bole głowy, mdłości i t. d.) zupełnie niema. Gorączka występuje mimo zachowania najściślejszej aseptyki i używania świeżo sporządzonych i świeżo wyjałowionych rozczynów salwarsanu i soli kuchennej i dlatego radzą F. i J. chorych po wstrzyknięciu śródżylnem trzymać w łóżku. Równocześnie stosują rtęć i to w postaci wstrzyknięcia salicylanu rtęci, który chwalą jako najlepszy przetwór do leczenia składowego (Depotbehandlung). Dobrze działają także wstrzykiwania mercinolu (Neisser) lub szarej oliwy lub kalomelu (Lang), są one jednak o wiele boleśniejsze. Środek Ehrlicha uważają F. i J. jako ogromny postęp w leczeniu kiły. Starą regułę, wedle której należy zacząć leczenie ogólne dopiero po okazaniu się osutki, trzeba stanowczo porzucić. Skoro tylko ustalono rozpoznanie kiły, potwierdzone przez wykazanie krętków, a czasem już i odczynu Wassermanna, powinno się natychmiast przystąpić do ogólnego leczenia w pierwszej linii salwarsanem dla uzyskania poronnego wyleczenia. Co do próby Wassermanna, to autorowie zgadzają się z twierdzeniem Neissera, że mylnem byłoby uważać ujemny jej wynik zaraz po leczeniu za dowód wyleczenia kiły. Autorowie w trzy miesiące robią próbę Wassermanna, a jeśli wypadnie korzystnie dla chorego, powtarzają ją po dalszych 3—6 miesiącach i radzą to powtarzać przez pierwszych kilka lat. Mondschein.

Weitz. **Przypadek gwałtownie przebiegającego ogólnego zakażenia wiewiórowego (gonococcaemia) z ostrym zanikiem wątroby.** (Med. Klinik, 1912, Nr 5). Przypadek ten dotyczy pomocnika handlowego, przyjętego do szpitala w stanie silnie zamroczonym. Przed 4 tygodniami zakażenie wiewiórowe. Mocz wedle orzeczenia lekarza ordynującego w 3 częściach mętny. Chory leczony był santylem, urotropiną i kąpielami nasiadowemi, przytem płukaniem pęcherza. Po pewnem nadużyciu napojów wyskokowych skarżył się chory na trzy dni przed przyjęciem do szpitala na silne uczucie zmęczenia. Następnego dnia wystąpiła żółtaczka, poczem chory powoli zaczął tracić przytomność, nie poznawać nikogo. W szpitalu stwierdzono na skórze całego ciała zabarwienie żółtaczkowe, po obu stronach szyi i górnej partyi piersi ostro ograniczony rumień szkarłatny. Na skórze całego ciała, z wyjątkiem twarzy, liczne wybroczyny, wielkości główki od szpilki aż do ziarnka prosa. Śledziona macalna, mocz wybitnie żółtaczkowy, zawiera dużo barwików żółci, ślady białka; brak cukru. Ciepłota ciała 38·5°. We krwi ciałek białych 54000. Rozpoznano posocznicę. Leczenie: hypodermoklizy, digalen śródmiąższowo, kamfora podskórnie. Z żyły ramieniowej wydostano 15 cm^3 krwi i zaszczepiono na pożywki agarowe. Wieczór chory był umierający, nie oddziaływał na dotknięcie, ciepłota 38·8, tętno ledwo wyczuwalne. O czwartej rano śmierć. W 40 godzin po szczepieniach z krwi wyrosło na agarze około 2000 kolonii, typowych dwoinek, odbarwiających się sposobem Grama. Sekcya wykazała: nerki zwyrodniałe miąższowo, na powierzchni wybroczyny, śledziona w dwójnasób powiększona, na otrzewnej punktowate wybroczyny; wątroba nie powiększona, o powierzchni gładkiej, na przekroju koloru brunatno-czerwonego, rysunek zrazikowy zatarty, zbitość bardzo miękka. Badanie drobnowidowe wątroby wykazało, że na wielkiej przestrzeni niema ani śladu budowy prawidłowej, widać tkankę łączną, źle się barwiącą, tylko tu i owdzie pojedyncze lub w grupach ułożone komórki wątrobowe, przeważnie zwakuolizowane, a brak jąder. Tu i owdzie kropelki tłuszczu.

Wedle autora nie jest ogólne zakażenie wiewiórowe bardzo rzadkie. Zwykle jednak przebieg jest powolny, w hodowlach z krwi, wydobytej w równej jak tu ilości, wyrasta ledwo kilkanaście kolonii gonokokków. W opisanym przypadku gwałtowny przebieg pozostawał w prostym stosunku do ogromnej ilości dwoinek we krwi, a ostry zanik wątroby (nadzwyczaj rzadki objaw) tłómaczy autor tem, że wątroba, jako duży filtr krwi, zatrzymała w sobie znaczną ilość dwoinek, które niezmiernie silnie zadziałały na komórki wątrobne. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 1. maja 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski; obecnych członków 33.

1) Prof. Mięsowicz przedstawił przypadek **polycythemia rubra megalosplenica.**

Prelegent, przedstawiając przypadek tej choroby, omawia w krótkości jej główne objawy: Na twarzy, kończynach, na błonach śluzowych spostrzega się zazwyczaj mniej lub więcej znaczną sinicę. Chorzy skarżą się na duszność, bóle głowy, wymioty, ogólne osłabienie. Narząd krążenia i oddychania w przypadkach niepowikłanych zmian nie okazuje. Zazwyczaj stwierdzamy obrzęk śledziony, często obrzęk wątroby. Najważniejszym objawem tej choroby jest zwiększenie się ilości krwinek czerwonych, dochodzące nawet do 13 milionów w 1 mm^3. Stosunkowo do tych wysokich liczb jest ciężar gatunkowy krwi nizki. Również odsetka hemoglobiny nie odpowiada ilości krwinek czerwonych, lecz jest stosunkowo niższa, wynosząc od 100 do 190%. Ilość krwinek białych jest w jednych przypadkach prawidłowa, w innych zwiększona (do 30 tysięcy). Lepkość krwi jest zwiększona. Co do zmian morfologicznych, to w wielu przypadkach stwierdzono poikilocyty i jądrzaste krwinki czerwone. Wśród krwinek białych liczne myelocyty neutrofilne. W niektórych przypadkach zmian morfotycznych nie stwierdzono. Przebieg choroby jest przewlekły. W przypadkach sekcyjnych stwierdzono szpik kostny czerwony. W niektórych przypadkach tej choroby stwierdzano podniesione parcie krwi, a brak powiększenia śledziony (typ Geisböcka). Co do patogenezy tej choroby istnieją rozliczne przypuszczenia, z których najprawdopodobniejszem zdaje się być zapatrywanie, że bezpośrednią przyczyną jej jest schorzenie szpiku kostnego i następowo wzmożona jego czynność. Leczenie tej choroby, mało skuteczne, polegało dotąd na podawaniu jodu, arsenu, wdychiwaniach tlenu, upustach krwi i naświetlaniach promieniami Röntgena. — Pierwsi uwagę na tę chorobę zwrócili Francuzi: Rendu i Widal, Vaquez i inni. U nas opisał tę chorobę bardzo dokładnie Rencki.

W przypadku prelegenta chora liczy lat 38, a choroba jej trwa od lat 17. Stwierdzono u niej wyraźną sinicę, obrzmienie wątroby i śledziony. Ilość krwinek czerwonych w przeciągu pięciomiesięcznego spostrzegania wynosiła od 7—8 milionów, ilość krwinek białych 7—9 tysięcy. Krwinek czerwonych jądrzastych nie stwierdzono. Leczenie zapomocą upustów krwi dało wynik bardzo dobry, ale przemijający. (Streszczenie własne).

2) Prof. Majewski: **Kilka słów o scotoma helieclipticum w związku z ostatniem zaćmieniem słońca.**

Prelegent podaje definicyę ubytków w polu widzenia (scotoma), które dzieli stosownie do położenia na środkowe i obwodowe. Omówiwszy następnie »scotoma positivum« i »negativum«, oraz przyczyny chorobowe, wywołujące to zjawisko, przechodzi do »scotoma helieclipticum«, będącego w związku z ostatniem zaćmieniem słońca. Na podstawie obfitego materyału statystycznego, zebranego z Galicyi przez innych lekarzy, jako też własnych spostrzeżeń, omawia prelegent szkody, wynikłe dla oka i podnosi, że przed zbliżającemi się zaćmieniami słońca powinno się publicznemi ogłoszeniami z urzędu ostrzedz publiczność przed szkodami, wynikającemi dla oka z patrzenia gołem okiem w słońce. (Rzecz przeznaczona do druku).

3) Dr Witołd Skórczewski: **Atofan ze stanowiska klinicznego i jego zachowanie się w ustroju.**

Prelegent, zajmując się parę miesięcy działaniem atofanu na ustrój ludzki, zamierza określić swoje zapatrywania na podstawie odbiegających od dotychczasowego tłomaczenia spostrzeżeń. Fakty, spostrzeżone w doświadczeniach Dra Sohna i prelegenta są następujące: 1) Zwiększenie ilości siarki obojętnej podczas podawania atofanu. 2) Przemiana atofanu w oksyatofan pod wpływem pracy utleniającej ustroju. W ostatnich czasach badania prelegenta stwierdzają zaburzenie w wydalaniu kwasów oksyproteinowych, które należałoby określić jako wzrost urochromu podczas podawania atofanu. Prelegent stara się określić swoje zapatrywania na przyczynę zwiększenia wydalania kwasu moczowego, któremu to zwiększeniu zawdzięcza atofan swą wziętość. Wbrew zapatrywaniom prof. Weintrauda, który przypisuje atofanowi działanie eliminacyjne, uważa prelegent zwiększenie kwasu moczowego za zależne od zmniejszenia rozpadu na związki prostsze. Na podstawie tych zapatrywań zwraca prelegent uwagę na niestosowność obecnego dawkowania. Leczenie należy przeprowadzać małemi zwolna zwiększanemi dawkami, ponieważ leczenie takie odpowiada typowi leczenia ćwiczącego. Korzystny wynik działania atofanu jest widoczny w zmniejszeniu ilości kwasu moczowego w okresach poatofanowych, które należy oceniać, jako zwiększenie rozpadu kwasu moczowego, po zwiększeniu pracy oksydacyjnej ustroju, przez czas podawania środka występujące. W ostrym napadzie dny jest środek ten przeciwwskazany, natomiast w czasie zwolnienia choroby należy go przy dobrej kontroli używać jako środka »par excellence« ćwiczącego. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zapytuje kol. Blassberg prelegenta, u jakich chorych czynił swoje spostrzeżenia. Badania bowiem Hisa i Zuelzera wykazały, że przy podawaniu atofanu w przebiegu skazy moczanowej ilość kwasu moczowego we krwi ma się stopniowo zmniejszać, a w moczu równolegle wzrasta. Wzmożone wydzielanie kwasu moczowego w moczu ma się jednak przy podawaniu tego leku utrzymywać przez szereg dni tylko u chorych dotkniętych dną, w innych natomiast cierpieniach, n. p. w gośćcu stawowym, tego nie zauważono. Takie zachowanie się kwasu moczowego w moczu po atofanie uważają nawet za szczegół rozpoznawczy, umożliwiający odróżnianie skazy moczanowej i dny od spraw gośćcowych. W swojej praktyce prywatnej stosował B. atofan kilkanaście razy z uderzająco korzystnym wpływem na dolegliwości podmiotowe. Dwukrotnie zauważył pojawienie się krwiomoczu, stwierdzonego badaniem mikroskopowem. (Streszczenie własne).

Zastępca sekretarza dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d 17 października 1911 r.

1) Polański: **Przypadek zwężenia obu oskrzeli z powodu twardzieli wraz z badaniem pośmiertnem oraz kilka słów o twardzieli wogóle.** (Prelegent przedstawił preparaty drobnowidowe z oskrzeli, tchawicy i jamy nosowo-gardłowej). Przypadek dotyczył dwudziestoletniej dziewczyny, pochodzącej ze sfery włościańskiej z Lubelskiego; chorej w szpitalu Dz. Jezus wykonano krikotracheotomię ze względu na znaczną duszność, trwającą od kilku lat i stopniowo się zwiększającą; pomimo jednak przecięcia tchawicy chora w nocy zmarła w czasie napadu duszności. Na sekcyi stwierdzono nacieki twardzielowe nietylko w jamie nosowo-gardłowej i krtani, ale i w tchawicy i w oskrzelach I i II rzędu z obu stron, wejście zaś do oskrzela prawego zatkane było czopem zaschłej wydzieliny, co było bezpośrednią przyczyną śmierci. Przypadki zmian twardzielowych w oskrzelach są bardzo rzadkie. Prelegent podkreśla, że twardziel na ziemiach Polski panuje niemal endemicznie, szczególniej w Galicyi, we wschodnich powiatach Królestwa Polskiego, na Wołyniu i Podolu, w środkowej zaś Europie i na Wschodzie przypadki twardzieli należą do niezmiernych rzadkości. Twardziel cechuje się bardzo przewlekłym przebiegiem; dopóki zmiany istnieją

w nosie lub jamie nosowo-gardłowej, łatwo je można usunąć; ale gdy rozwiną się w krtani i tchawicy, stan chorych staje się poważnym i wymaga odpowiednich zabiegów operacyjnych (przy zastosowaniu tracheo-bronchoskopii). Przy zmianach w oskrzelach II rzędu jednostronnych można jeszcze przedłużyć życie chorym na pewien czas, lecz gdy zmiany obejmują oskrzela z obu stron, stan chorych jest beznadziejny.

W dyskusyi uzupełnia Srebrny odczyt dwoma szczegółami. Pierwszy dotyczy nie wspomnianej przez prelegenta pracy Juffingera, który wykazał, że »chorditis vocalis inferior hypertrophica« jest zawsze pochodzenia twardzielowego; drugi zaś dotyczy pracy Srebrnego i Bujwida z 1892 r., w której Srebrny dowiódł, że nieznalezienie w nosie zmian twardzielowych nie dowodzi, aby ich tam nie było.

Kryński wspomina o promieniach X, zastosowanych przez Rydygiera (jun.) z wynikiem pomyślnym. Mówca naświetlał w 3 rozpaczliwych przypadkach twardzieli; poprawa była widoczna, ale chwilowa.

Drozdowicz oświadcza, że zaraz po ogłoszeniu pracy Rydygiera rozpoczął naświetlanie chorych na twardziel. U trzech chorych z pięciu, u których stosował promienie w przeciągu roku, poprawa była wybitna. Stosował naświetlania inaczej, niż Rydygier, mianowicie naświetlał często i krótko.

A. Sokołowski podkreśla doniosłość tej sprawy, gdyż twardziel prawie wyłącznie dotyczy naszego kraju, a zwłaszcza ziem Siedleckiej i Lubelskiej. Wśród ludności żydowskiej mówca spostrzegał tę postać chorobową nadzwyczaj rzadko.

Co się tyczy leczenia, to S. wypróbował najrozmaitsze sposoby i zaznaczyć musi, że wycinanie w pierwszych okresach daje stosunkowo niezłe wyniki; przytem wycinanie skraca leczenie znacznie więcej, niż rozszerzanie. Obecnie stosuje mówca metodę Rydygiera, dzięki której w pierwszych okresach daje się zatrzymać dalszy rozwój tego cierpienia.

2) Tuchendler An.: **Rektoromanoskopia i jej zastosowanie kliniczne.** Mówca podkreśla doniosłość badań zapomocą sztucznego oświetlenia odbytnicy i pętli esowatej, które bywają często siedliskiem najrozmaitszych spraw chorobowych, i wymienia zasługi, położone w tej dziedzinie zwłaszcza przez Otisa i Kellyego. Dalej omawia rozmaite szczegóły fizyologiczne (długość, kierunek, usadowienie fałd w odnośnych odcinkach kiszek), rozstrzygnięte dzięki zastosowaniu rektoromanoskopii. Prelegent opisuje najnowsze przyrządy, używane do tego celu, radzi jednak nigdy nie zaniedbywać jednoczesnego badania palcem. Za pomocą nowej metody można rozpoznawać: 1) sprawy wysoko usadowione w odbytnicy, niedostępne dla palca; 2) nieżyt odbytnicy, jej owrzodzenia i polipy; 3) raka odbytnicy; 4) krwawienia kiszkowe; 5) sprawy usadowione w części odbytnicowej kiszki esowatej. Najczęściej widywał prelegent raka i omawia jego obrazy wziernikowe (niezawsze guz, często owrzodzenie powierzchowne twarde; stwardnienie często obejmuje cały obwód, podobne do blizny, lub jako polip wystający do światła i t. p.) Mówca opisuje szczegółowo kilka przypadków kazuistycznych, zastanawia się szerzej nad gruźlicą, polipami i przytacza przypadek zwężenia kiszek oraz opryszczek w odbytnicy.

W dyskusyi dorzuca Rajchman kilka uwag praktycznych: 1) nigdy nie należy wprowadzać rektoskopu bez uprzedniego ogrzania; 2) przy pierwszem badaniu często nie udaje się wsunąć narzędzia do pętli esowatej, gdyż fałd odbytniczo-esowaty (plica rectoromana) kurczy się pod wpływem psychicznym; za drugim, trzecim razem rektoskop wchodzi sam bez oporu; 3) do oświetlania zamiast niepraktycznych drogich akumulatorów posługuje się mówca tanimi suchymi elementami, które w zupełności wystarczają do oświetlenia rektoskopu.

Posiedzenie kliniczne z d 30 października 1911 r.

T. Heiman: **Leczenie zapaleń ucha.** (Wykład, przeznaczony dla lekarzy praktyków, którzy zmuszeni są (na prowincyi) leczyć także choroby narządu słuchowego). Zapalenia ucha zewnętrznego ostre występują jako wrzodzianka, ropień i zapalenie torebkowate. Dla leczenia stosować należy maść z czerwonego precypitatu rtęci lub z kwasu karbolowego i borowego; płynów unikać; przeciw zapaleniu pasorzytowemu najlepiej działa wyskok i kwas borowy w proszku. W wyprysku ostrym i przewlekłym leczenie płynami jest przeciwwskazane. Ciał obcych w uchu nie należy usuwać narzędziami, lecz tylko przestrzykiwaniami. Nieżyt ostry i przewlekły ucha środkowego leczy się tuszem powietrznym. Otoskleroza jest podług prelegenta wyrazem siedziby miejscowej cierpienia ogólnego resp. choroby krwi; leczenie miejscowe nie przynosi żadnej korzyści, ogólne — łagodzi. W zapaleniu ropnem ucha środkowego, mając pewność obecności ropy w jamie bębenkowej, należy przeciąć błonę bębenkową i wykonać przedmuchiwanie. Prelegent jest przeciwnikiem wczesnego otwierania jamy bębenkowej. Obawa zapędzenia drobnoustrojów do jamy sutkowej nie jest uzasadniona. W okresie ostrym zapalenia i przed przebiciem samodzielnem lub rozcięciem błony bębenkowej dobrze działa 5% roztwór karbolglicerynowy. Przeciw ropieniu stosuje się środki odkażające. Ból powtarzający się, bardzo obfite ropienie i gorączka wskazują na potrzebę otwarcia wyrostka sutkowego. W zapaleniu ropnem stosowanie tuszu powietrznego dla naprawy słuchu jest niezbędne. U dzieci zapalenie ostre powtarza się w postaci napadów kilkugodzinnych lub kilkudniowych; u małych dzieci przebiega nieraz pod postacią ostrego zapalenia opon mózgowych. Ropienie przewlekłe, będące wyrazem spraw kostnych, wymaga zabiegu operacyjnego.

W dyskusyi podnosi Srebrny sporo niedokładności i sprzeczności w odczycie; np. H. mówi, że w leczeniu pasorzytowego zapalenia ucha zewnętrznego należy unikać płynów i dodaje, że sam stosuje wyskok. Prelegent zbyt śmiało zapewnia, że niema przypadków ciał obcych w uchu, którychby nie można było wyjąć drogą naturalną; pomimo największej cierpliwości ze strony lekarza i chorego może się jednak nieraz okazać potrzeba odłuszczenia muszli. Przedmuchnięcie ucha po przecięciu błony bębenkowej nie jest zabiegiem niewinnym, gdyż nie jest rzeczą obojętną do już istniejących w wyrostku zarazków dodanie nowych przez wpędzenie ich przy przedmuchiwaniu. Dla S. wskazaniem do przecięcia błony bębenkowej jest długotrwały ból, gorączka i objawy mózgowe. U niemowląt zapalenie ucha środkowego może nie dawać żadnych objawów prócz gorączki, i dlatego, jeśli u niemowlęcia nie można wykryć żadnej przyczyny gorączki, to choroba z pewnością znajdzie się w uchu.

Grundzach przytacza przypadek, w którym 15-letnia panna gorączkowała i wymiotowała bez żadnych przyczyn chorobowych ze strony narządu pokarmowego; ponieważ G. dowiedział się o dawniejszym wycieku z ucha, wezwał specyalistę, który stwierdził zapalenie ucha środkowego.

Heiman w odpowiedzi podkreśla, że nie miał wykładu o zapaleniu ucha środkowego, lecz podał jedynie ważniejsze objawy i wyniki swego doświadczenia, na zasadzie których praktyk może się oryentować, z czem ma do czynienia.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

Posiedzenie z dnia 13. maja 1911 r.

Obecnych 26 członków rzeczywistych.

1) Kol. Czajkowski. 18-letnia chora miała **obrzęk prawego stawu biodrowego,** bolesnego tak, że chora

chodzić, ani ruszyć się na łóżku nie mogła. Odczyn Pirqueta był bardzo wyraźny. Oprócz tego mniejszy obrzęk i bóle stawu kolanowego. Cz. stosował swoją **szczepionkę przeciwgruźliczą**. Już po 5 wstrzyknięciach bóle się uspokoiły, a w końcu nastąpiło wyzdrowienie zupełne. Chora chodzi, bolu nie odczuwa, pozostał tylko nieznaczny obrzęk.

W dyskusyi kol. Żołędziowski podaje w wątpliwość rozpoznanie gruźlicy i zapytuje, dlaczego kol. Cz. wyłącza gościec.—Kol. Czajkowski odpowiada, że cały obraz chorobowy, a głównie wyraźny odczyn Pirqueta, wyłączały zupełnie niegruźlicze zapalenie stawu. Zresztą gośćcowe zapalenia jednego tylko stawu należą do rzadkości. — Kol. Wołkowicz wyraża zdanie, że w danym przypadku zupełnie jest możliwe gośćcowe zapalenie stawu biodrowego; miewał już takie przypadki niejednokrotnie; mogą one przejść bez leczenia. — Kol. Puterman jest zdania, że odczyn Pirqueta znaczenia kategorycznego nie ma. — Kol. Czajkowski podnosi, że wyleczenie bez środków swoistych nie przemawia przeciw rozpoznaniu gruźliczego zapalenia stawu; u dzieci zapalenie stawu biodrowego przechodzi nieraz bez leczenia swoistego.

2) Kol. Czajkowski opowiada o przypadku **gruźliczego zapalenia opon**. Przypadek w początkowym przebiegu, jak to często bywa w tej chorobie, był bardzo niewyraźny i niemożliwy do rozpoznania. Gdy Cz. po raz pierwszy zobaczył chorą, 9. V. niedomagała ona już od 3 tygodni, 3 V. po raz pierwszy dreszcze, przedtem stan podgorączkowy. Tętno 124, nierówne. Paradoksalny odruch źrenic. Wymioty po wypiciu czegokolwiek. Charakterystyczne płonienie. Drgawki kloniczne. W ciągu 3 dni wstrzyknął Cz. 20 cm^3 swojej **szczepionki gruźliczej** i mieszanej bez skutku. Chora zmarła. Kol. Cz. przypuszcza, że przy gruźliczem zapaleniu opon lepszy skutek może dać wstrzyknięcie szczepionki do jamy mózgowo-rdzeniowej i w przyszłości tak zamierza postąpić.

3) Kol. Weinzieher przedstawia opinię Zarządu co do wniosków zebrania organizacyjnego. Zebranie zgadza się z opinią Zarządu i przyjmuje dodatkowy wniosek kol. Starkiewicza, aby w celu nadania pewnej planowości pracom Towarzystwa, Zarząd opracował cały szereg tematów o treści określonej i przedstawił do przyjęcia i rozebrania pomiędzy siebie członkom Towarzystwa.

4) Kol. Arnold: **O rokowaniu w chirurgii.**

Na wstępie kol. A. zaznacza, że brak zupełnie specyalnej literatury, dotyczącej tego tematu i tylko na zasadzie własnego doświadczenia wyrobił sobie pewne poglądy, którymi się dzieli z kolegami.

Pierwszym i najgłówniejszym warunkiem dokładnego rokowania jest dobre rozpoznanie choroby czy uszkodzenia, następnym — szczegółowe zaznajomienie się z właściwościami chorego. W rokowaniu chodzi 1) o sprawę utrzymania życia, 2) o czas wyzdrowienia, 3) o ewentualną niezdolność do pracy i jej stopień. Do czynników, pogarszających leczenie ran, należy przedewszystkiem gruźlica, która nawet w stanie ukrytym może bardzo źle oddziaływać w tym kierunku. Kol. A. przytacza przypadek rany postrzałowej, niepowikłanej, u młodego inżyniera; gojenie się rany trwało 6 miesięcy. Chory nie gorączkował; wzbudzał tylko podejrzenie zupełny brak apetytu; w 2 lata potem zmarł chory na gruźlicę płuc.

Następnie źle oddziałują na przebieg gojenia się ran choroby przemiany materyi, jak cukrzyca, skaza moczanowa, otyłość. Dalej: wady serca, schorzenie nerek, cierpienia żołądka i jelit i wynikające z nich złe odżywianie ogólne. Oddziaływa również w tym kierunku i stan psychiczny chorego; chory n. p. niespokojny lub cierpiący na obłęd (delirium) może zrywać opatrunki. Stan skóry również ma znaczenie; tak np. przy nadmiernem poceniu się łatwo tworzy się wyprysk i należy częściej zmieniać opatrunki; zdarza się to najczęściej u młodych mężczyzn 18—22-letnich. Dalej odgrywa rolę wiek; w wieku dojrzałym rany goją się nieraz lepiej, niż u dzieci; ciąża i okres poporodowy źle wpływają. Następnie w znacznym stopniu zależy rokowanie od możliwości zastosowania odpowiedniego leczenia, od warunków ekonomicznych i odżywiania się chorego. Poprawa czynności uszkodzonych narządów idzie nieraz bardzo wolno i zależnie od przyzwyczajania się ustroju może trwać do 10 lat; ustalanie więc renty po 3 latach nie zawsze jest racyonalne i pod tym względem należałoby wprowadzić poprawki do obowiązujących przepisów.

W dyskusyi brali udział kol. Puterman, Wołkowicz, Królikowski, Żołędziowski, Suchodolski i Weinzieher.

5) Kol. Wołkowicz. **O lekarzu fabrycznym.**

Zadaniem referatu jest przedstawić obecny stan stosunku zakładów przemysłowych do lekarzy fabrycznych,— prawnego, materyalnego i moralnego, i konieczności poprawienia stosunków tych na korzyść lekarzy. Referent pomija na razie reformy głębsze w udzielaniu pomocy lekarskiej robotnikom fabrycznym, nie zastanawia się również nad zagadnieniem złożenia sprawy leczenia robotników w ręce innego gospodarza, jak n. p. zrzeszenia robotnicze, instytucye rządowe lub społeczne. Wszystkie te reformy niewiadomo jeszcze, czy będą z rozmaitych względów korzystne dla lekarzy, w najlepszym zaś razie nie są blizkie urzeczywistnienia. Jak obecnie, lekarz fabryczny jest jednostką, zależną od zarządu, czy też dyrektora danego zakładu przemysłowego, najętą z konieczności wskutek nakazu rządowego, opiewającego, że fabryki, zatrudniające więcej, niż 50 robotników, muszą mieć stałego lekarza fabrycznego, który co najmniej 2 razy na tydzień obowiązany jest w osobnem ambulatoryum przyjmować chorych robotników.

Właściciele zakładów przemysłowych, czyli fabrykanci, chcieliby ten włożony na nich ciężar, z przyczyn handlowych, zupełnie zresztą słusznych, zredukować jaknajbardziej. Lekarze zaś, poczęści w pogoni za zarobkiem i w obawie konkurencyi ze strony kolegów, poczęści zaś także jednak przez nieświadomość, (czyli inaczej mówiąc, przez naiwność), oddają pracę swoją na warunkach dla siebie nienajkorzystniejszych, na czem, rozumie się, i praca sama często cierpi. Boć nie będąc dostatecznie wynagrodzonym, lekarz dla zwiększenia dochodów swoich stara się o kilka takich posad. Ale ponieważ dzień ma tylko 24 godzin i przez te całe 24 godzin niemożebne jest bez przerwy jeździć z jednej fabryki do drugiej, więc musi też być i pewna granica w obsługiwanej przez lekarza liczbie fabryk i robotników w fabrykach. W przewidywaniu tego wydane zostało prawo, które pozwala lekarzowi mieć pod swoją opieką w jednej fabryce najwyżej 3000 robotników lub 2 fabryki z liczbą od 1000 do 1500 robotników w każdej, lub też 5 fabryk z liczbą od 100 do 500 robotników. W praktyce jednak zdarzają się niekiedy przekroczenia tych granic. A dzieje się to znów dlatego, że lekarz najczęściej nie bywa w każdej z tych fabryk należycie wynagradzany. Uposażeni stosunkowo dostatecznie bywają lekarze, mający w zawiadywaniu swojem szpitale, należące do większych zakładów przemysłowych. Tych referent pomija. Upośledzeni są zaś materyalnie najczęściej biali murzynilekarze, którzy pracują w t. zw. ambulatoryach fabrycznych. Lekarz taki zaczyna swoją służbę i kończy ją po 30 czy 40 lub 50 latach z tą samą płacą. Lekarz taki niech wpadnie w chorobę dłuższą lub stanie się przez starość niezdolnym do pracy, pozostaje nieraz bez środków do życia, a fabryka, czy zakład przemysłowy, w którym pracował, nie poczuwa się do obowiązku przyjść mu w pomoc. Zwykły urzędnik otrzymuje dalej co kilka lat podwyżkę pensyi, otrzymuje prócz pensyi raz lub dwa razy do roku tak zwaną gratyfikacyę, wynoszącą w wielu fabrykach $1/4$—$1/3$ pensyi rocznej. Lekarz, narzucony fabryce przez rząd, tych prerogatyw urzędnika nie posiada. Również nie otrzymuje w zasadzie urlopu, ani nie wolno mu chorować. Choroba, urlop parotygodniowy dla zdrowia, czy dla studyów, wyjazd parodniowy dla spraw osobistych lub rodzinnych— wszystko to obciąża pensyę lekarza i gdy każdy inny urzę-

dnik przez czas choroby otrzymuje swoją pensyę, lekarz musi swoim kosztem dawać zastępcę.

Jeżeli społeczeństwa doszły do tego, że każdy najniższy urzędnik fabryczny korzysta z najrozmaitszych prerogatyw nawet wtedy, jeżeli osobnej umowy z daną instytucyą nie zawierał, to i lekarze, służąc takiej instytucyi, powinni tych prerogatyw się domagać. Niektóre poważniejsze zakłady przemysłowe nadały już i lekarzom te same prerogatywy, z których korzystają i urzędnicy, inne za to z całą świadomością uzasadnione powyższe żądania lekarzy odrzucają. Gdyby lekarze umieli się zjednoczyć, gdyby zakłady przemysłowe wiedziały, że nie znajdą poza lekarzem, z którym się układają, innego, który przelicytuje kolegę swojego »in minus«, z pewnością uzyskaliby lekarze i wogóle lepsze warunki dla siebie w fabrykach i w szczególności wszystkie prerogatywy, z których inni pracownicy intelektualni korzystają. A wtedy lekarz mógłby inaczej pracować i inaczej się dokształcać, inaczej swój moralny stosunek do zarządów fabryk postawić.

Czyż obecnie jaki lekarz fabryczny śmie zakomunikować fabrykantom jakie swoje uwagi co do konieczności zastosowania takich czy innych środków higienicznych, czy też ochronnych, czy jaki lekarz fabryczny uważa za właściwe zajść do fabryki przekonać się, w jakich warunkach nastąpił nieszczęśliwy wypadek i t. d. Dopóki każdy lekarz będzie się obawiać, że go kolega podejdzie, — dopóki ten drugi i trzeci kolega nie będzie lepiej postawiony materyalnie, ażeby módz nad sobą należycie pracować, — nie będzie nikt miał śmiałości żądać lepszych warunków dla siebie. Jeżeli chcemy, ażeby się stanowisko materyalne nasze poprawiło, powinniśmy nie przyjmować w fabrykach stanowisk inaczej, jak tylko na warunkach o wiele lepszych, niż dotychczasowe, i z tem jeszcze, ażeby ze stanowiskiem związane były wszystkie prawa i prerogatywy, z których korzystają inni urzędnicy fabryki.

A więc: 1) podwyżka pensyi co 3 lata o 10%, boć i lekarz, im jest starszy, tem więcej posiada wiedzy i doświadczenia, i życie coraz jest droższe; 2) dodatek ściśle z góry określony na mieszkanie, opał, światło, albo to wszystko w naturze; 3) konie — albo na konie; telefon — albo na telefon; 4) gratyfikacye takie same, jak inni urzędnicy otrzymują; 5) należenie do kas przezorności; udział w legatach dla urzędników fabryk; 6) asekuracya od wypadku podczas pełnienia czynności służbowych; 7) prawo do urlopu 6-tygodniowego; prawo »choroby« i wyjazdu dla spraw osobistych lub rodzinnych; i 8) osobny dodatek na dalsze kształcenie się. (Streszczenie własne).

Dyskusyę nad powyższym referatem wobec spóźnionej pory odłożono na jedno z następnych posiedzeń.

S. Weinzieher (Będzin).

Ze spraw szpitalnictwa.

Księga pamiątkowa, wydana przez Magistrat m. Warszawy, i szpitale warszawskie w jej oświetleniu.

(Dokończenie).

Przytoczyłem projekt komisyi prawie »in extenso«, ponieważ, o ile mi wiadomo, oficyalnie nie był on dotąd drukiem ogłoszony, a zatem ogółowi mało jest znany. Trzeba zaznaczyć, że obydwie części projektu (jedna o 5 i druga o 11 punktach) znajdują się w dość bałamutnym stosunku do siebie; lecz mniejsza o niezbyt szczęśliwą redakcyę. Projekt ten, o ile mowa o wyzyskaniu istniejących terenów szpitalnych pod nowe budynki, trzeba uznać w zasadzie za słuszny i posuwający sprawę naprzód. Nieco inaczej przedstawiają się inne wnioski. A więc przedewszystkiem musimy zwrócić uwagę na propozycyę budowy przytułku dla chorych przewlekłych (u nas zwą ich krótko »chronikami«), którą to sprawę komisya wysunęła na czoło swojego projektu. To wprowadzenie wyrazu »chronik«, który nie symbolizuje żadnego ściśle określonego pojęcia, stało się oddawna pniem na drodze wszelkich naszych projektów i dyskusyi szpitalnych. Przypuszczam, że komisya przez tę nazwę rozumiała zniedołężniałych starców, marantyków, nieuleczalnych paralityków, którym szpital ani zdrowia, ani ulgi w cierpieniu przynieść nie może. Tacy ludzie rzeczywiście kwalifikują się do przytułku, tylko że w takim razie przypuszczenie, iż dla pomieszczenia tych nędzarzy wystarczy schronisko na 300 osób — to utopia. Jestto sprawa, której nie kusiło się dotąd rozwiązać żadne państwo, pozostawiając jej łagodzenie przeważnie dobroczynności publicznej, dopóki ubezpieczeniem od starości i niedołęstwa nie rozwiążą jej ostatecznie. Małą próbę zadośćuczynienia tej potrzebie zrobiono już w Warszawie, otwierając w r. 1898 taki przytułek na 120 osób przy szpitalu praskim. Byłem o tyle szczęśliwy, żem w pierwszym roku istnienia tego zakładu zdołał po wielu staraniach pomieścić tam jedną chorą nieuleczalną, lecz od tego czasu w ciągu lat z górą 13 już mi się to więcej nie udało. Inni, z którymi o tem rozmawiałem, nawet takiego szczęścia nie dostąpili, ponieważ, jak się Zarząd szpitala praskiego tłumaczy, nawet swoich kandydatów wszystkich nie może tam pomieścić. I co tu mówić, ba, kłaść nawet na czele projektu propozycyę wybudowania przytułku na 300 osób, by tym sposobem uwolnić szpitale od balastu nieuleczalnie chorych. Wszak, nie licząc wspomnianego już przytułku na Pradze, mamy jeszcze pięć innych przytułków z Górą Kalwaryą na czele, które podług Księgi pamiątkowej (str. 278) w r. 1908 mieściły 749 pensyonarzy, a poza tem trzy takież przytułki prywatne. Czy odczuwają to szpitale? Nie mam nic przeciwko dalszemu budowaniu takich przytułków, o ile na to środki pozwolą, lecz nie można się łudzić, że zdołamy wybudować tyle, by one mogły wybitnie wpłynąć na brak łóżek w szpitalach.

Musimy się z kolei zastanowić nieco nad drugim i trzecim punktem projektu komisyi. Drugi punkt zaleca urządzić 828 nowych łóżek szpitalnych. Zupełnie słusznie Dr Jakimiak w swoim artykule, drukowanym w »Medycynie« z b. r. (Nr 5, 6 i 7) zapytuje, dlaczego 828, a nie 830 lub 1000, a to tembardziej, że w drugiej części projektu (złożonej z 11 punktów) taż komisya projektuje liczbę łóżek powiększyć do 1380 (łącznie ze szpitalem przy ul. Złotej). Przypuszczam, że tę liczbę 828 możnaby porównać z cyfrą układanego przez urzędników budżetu milionowego, gdzie zawsze muszą być na końcu kopiejki, a nawet połówki tychże. Ma to świadczyć o sumienności i dokładności roboty. Stare biurokratyczne złudzenie! Lecz mniejsza o. to. Ważniejsza sprawa szpitala dla chorób zakaźnych, co do której znowu się piszę na zapatrywania Dra Jakimiaka. Podług dzisiejszych zapatrywań budowanie oddzielnych szpitali dla chorych zakaźnych nie jest praktyczne. We wszystkich nowych szpitalach niemieckich wydzielają dla chorób zakaźnych specyalny teren, izolują go od reszty szpitala, lecz pozostawiają w związku administracyjnym i gospodarczym z tymże szpitalem. Tak rozwiązały tę sprawę Berlin, Hamburg, Norymberga, Kolonia, Lwów (szpital krajowy) i inne miasta.

Wiem, że Londyn postąpił inaczej, budując oddzielnie wzorowy szpital dla chorób zakaźnych. Tam jednakże, gdzie idzie o zaoszczędzenie na budowie i eksploatacyi, bezwarunkowo system niemiecki jest dogodniejszy; poza tem oszczędza on chorym, przywiezionym do szpitala ogólnego bez pewnego rozpoznania (a takich jest nie mało), powtórnej drogi do odległego szpitala dla chorób zakaźnych.

Nie wiem, czy Księga pamiątkowa wydrukowała projekt komisyi całkowicie, czy też z pewnemi opuszczeniami. Mówię to dlatego, że dziwi mnie, iż w projekcie nie znajduję ani słówka o niezbędności wybudowania jednego du-

żego szpitala. Nie bądźmy strusiami i nie chowajmy głowy przed naciskającą nas koniecznością. W Warszawie przybywa rocznie kilkanaście tysięcy mieszkańców (bywały lata, że przybywało po 30 tysięcy). Za lat 8—10 liczba mieszkańców powiększy się o 100 tysięcy, i to nie milionerów, leczących się w Berlinie lub Paryżu, lecz tych biedaków, dążących do szpitali warszawskich. Trudno będzie zaczynać myśleć wówczas, gdzie ich pomieścić, gdy już i dostawiać nie będzie gdzie łóżek, chyba na dachach. To też już dziś potrzeba sposobić się do budowania dużego szpitala za miastem, na jakieś 1500 łóżek, w którym poza rozmaitemi specyalnościami można wyodrębnić specyalny dział zakaźny na 400 lub 500 łóżek. Możnaby nawet, mając teren, zacząć od budowy takiego oddziału zakaźnego, jak to uczyniono w szpitalu Virchowa w Berlinie. Wybudowano najprzód cały oddział zakaźny, puszczono go w ruch, a dopiero w kilka lat później, gdy się znalazły fundusze, dobudowano resztę. Chcąc coś pobudować fundamentalnego, trzeba myśleć o tem wcześniej, a nie odkładać wszystkiego na ostatnią chwilę.

A teraz jeszcze jedna uwaga co do projektu komisyi. Projekt ten prawie nic nie wspomina o potrzebach naukowo-lekarskich naszych szpitali. Wszyscy stykający się z chorymi lekarze wiedzą o tem (zresztą i Księga pamiątkowa w opisie otrzymanego od Rady miejskiej inwentarza o tem wspomina), że szpitale warszawskie pod względem urządzeń swoich nawet skromnym wymaganiom nie odpowiadają. Brak prosektorów, brak pracowni bakteryologicznych, chemicznych, serologicznych, rentgenowskich, brak urządzeń elektro-hydro-mechanoterapeutycznych; jednem słowem, poza nożem i receptą (zresztą także w dość ciasnych granicach), szpitalom warszawskim brak wszelkich środków dyagnostyczno-terapeutycznych, którymi dziś medycyna i dobrze urządzone szpitale rozporządzają. O wszystkiem tem projekt komisyi zdaje się zapominać. Wprawdzie w ostatnim paragrafie projektu, już po przytułkach dla sług i »chroników«, wspomniano coś o polepszeniu warunków higieniczno-sanitarnych (?) w istniejących szpitalach, lecz trudno nawet się domyśleć, co należy pod tem rozumieć. Czyżby autorowie projektu rzeczywiście sprawę tak palącą, tak nie cierpiącą zwłoki, sprawę, która dotyczy nietylko zdrowia chorych szpitalnych, lecz i podniesienia poziomu naszej medycyny, wykształcenia dla kraju dobrych lekarzy, czyżby, powiadam, ciż autorowie uważali to wszystko za rzecz, którą można umieścić gdzieś na ogonku potrzeb, nawet poza przytułkami dla sług i niedołęgów!

Jeszcze raz powtarzam, nie znam całości projektu komisyi, lecz to, co przytacza Księga (a to przejdzie do wiadomości ogółu), jako wynik pracy lekarzy, uważam za niefortunne. Przypuszczam, że i władze niebardzo były zadowolnione z tego referatu, skoro już na początku 1909 r. zostaje w tymże celu zwołana nowa komisya pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta p. Zaremby, w skład której, poza inspektorem szpitali rz. r. st. Drem Troickim i Prof. Kosińskim, wchodzi pięciu nielekarzy. Program działalności tej komisyi zaznacza znowu »da capo« debaty nad określeniem niezbędnej liczby łóżek szpitalnych, nad rozszerzeniem szpitali i t. d. Poza tem podlega omówieniu strona finansowa projektu. Materyałów, potrzebnych obradującym, tym razem miały dostarczyć miejscowe komisye szpitali. Czy też komisye pracowały nad tem, czy dostarczyły cośkolwiek i co mianowicie, ani Księga o tem nie mówi, ani prywatnie dowiedzieć się nie zdołałem. Taksamo nie przytacza Księga wyników komisyi wiceprezydenta Zaremby, krótko tylko nadmieniając w odnośniku, że oddzielne tego szczegóły znajdują się dalej przy omawianiu zmian w różnych szpitalach.

A teraz przyjrzyjmy się temu, co zdołał magistrat zrobić dla szpitalnictwa warszawskiego w ciągu pierwszych dwóch lat swych rządów. Otóż z danych Księgi widać, że przedewszystkiem bardzo skutecznie uporządkowano finanse szpitalne. Co się tyczy reform w samych szpitalach, to tu z konieczności, wobec krótkiego okresu czasu i liczenia się z funduszami, nie mogły nastąpić zmiany efektowne; jednakże i tu widzimy niejedno zrobione, więcej zaś rzeczy zaczętych. Przedewszystkiem specyalna komisya budżetowa określiła dokładnie budżet szpitali i zakładów dobroczynnych, oraz wskazała źródła na pokrycie tegoż.

Ze sprawozdania widać, że w 1908 r. wydano na szpitale i zakłady dobr. 1610069 rb. (kopiejki wszędzie pomijam), z czego miasto zapłaciło 592300 rb.; w r. 1909 wydano 1603017, z czego miasto zapłaciło 533567 rb.

Przy szpitalach i zakładach dobr. utworzył magistrat specyalne komisye miejscowe, których zadaniem jest rozpatrywać wszelkie sprawy, związane ze stawianiem nowych budynków i poprawianiem starych, z zaprowadzeniem ulepszeń administracyjno-gospodarczych i lekarsko-sanitarnych które wreszcie powinny układać budżety i czuwać nad prawidłowem ich wykonywaniem, nad dobrocią dostarczanych przedmiotów i produktów spożywczych. W instrukcyi, wydanej dla tych komisyi, powiedziano, że w ich skład pod przewodnictwem kuratora szpitala wchodzą: naczelny lekarz, jeden lub dwóch ordynatorów, intendent i starsza siostra miłosierdzia. Ordynatorzy są przez prezydenta na rok zatwierdzani. Komisye mają odbywać posiedzenia nie mniej, niż dwa razy na miesiąc, przyczem mają być prowadzone protokoły, podpisywane przez wszystkich członków. Sprawy rozstrzyga większość głosów; w razie równej liczby głosów głos przewodniczącego przeważa. Muszę tu specyalnie podkreślić dążenia magistratu, by wprowadzić do pracy administracyjno-gospodarczej w szpitalu ordynatorów, jako bezpośrednio stykających się z potrzebami lekarskiemi szpitali. Na nieszczęście, jak dotąd, działalność tych komisyi ujawnia się słabo, co w niewielkim chyba tylko stopniu zależy od ordynatorów. Nawet sam sposób wybierania ordynatorów nie jest bez zarzutu. Wielką zasługą magistratu jest uporządkowanie sprawy dostaw do szpitali drogą zastąpienia spekulantów przez porządne firmy. Dalej zabrał się magistrat energicznie do ściągania zaległości kosztów leczenia (w roku 1906 z tego źródła wpłynęło 169080 rb., w r. 1909 — 375363 rb.), ściągania podatku szpitalnego rublowego (w r. 1907 wpłynęło 118622 rb., w r. 1909 — 169873 rb.), starał się powiększyć dochód z opłaty od biletów teatralnych, polepszył gospodarkę w folwarkach szpitalnych, załatwił wykup czynszów wieczystych.

Pod względem ulepszeń w szpitalach magistrat zrobił, co następuje: Wobec bardzo złego stanu budynków w wielu istniejących szpitalach przedewszystkiem zabrano się do przebudówek, gruntownego remontu, zaprowadzenia kanalizacyi, wodociągów i elektrycznego oświetlenia (szpital św. Łazarza) itd. Na ten cel asygnowano w r. 1908 — 108744 rb., w r. 1909 — 150050 rb.

Następnie pomyślano o poprawieniu żywności chorych i obsługi szpitalnej. W tym celu zorganizowano przeważnie z lekarzy dwie komisye, z których jedna określiła normę żywności. Normę pieniężną określono 32 kop. na dobę dla jednego chorego. Godząc się teoretycznie, że norma 32 kop. nie jest przesadzona wobec znacznego podrożenia produktów, magistrat ze względu na stan finansowy miasta podniósł dzienny wydatek na żywność chorego z 22 kop. tylko do 27·5. Dało to możność dodania chorym choć skromnego podwieczorku. Wogóle co do tej sprawy, choć to wybiegnie nieco poza omawiane sprawozdanie, muszę zaznaczyć: wobec częstych wahań cen targowych, a co za tem idzie, wobec częstych zmian taryfy pokarmowej, która stanowi dla lekarza i Siostry miłosierdzia w oddziale podstawę do układania t. zw. relewy dziennej pokarmów, magistrat musi bezwarunkowo zarzucić normę pieniężną, a zgodzić się na normę żywności. Właściwie, co to obchodzi lekarza w oddziale, że mięso kosztuje o parę kopiejek drożej lub taniej na funcie. Przecież chory na tem nie powinien tracić, jak nie powinien tracić na tem, że chi-

nina jest w danej chwili droższa lub tańsza. I tak rzeczywiście sprawa stoi wszędzie, z wyjątkiem naszych szpitali. Zapytywane przezemnie władze szpitalne za granicą wprost nie mogły zrozumieć, jak można prowadzić w ten sposób gospodarkę żywnościową. Chory tam dostaje to, co mu się według normy żywności należy, bez względu na to, jaka w danym czasie jest cena targowa. Jako przykład ujemnej strony naszej gospodarki może posłużyć ostatnia zmiana taryfy pokarmowej, wywołana nowem podrożeniem produktów. Cenę prawie wszystkich potraw w taryfie oddziałowej podniesiono. Wprawdzie magistrat dodał 1·5 kopiejki, czyli podniósł dzienny wydatek na żywność chorego z 27·5 na 29 kopiejek, lecz gdyśmy zaczęli to stosować w praktyce, to się okazało, że taryfową cenę potraw podniesiono nam o 2 kop., gdy dodano do dawnej ceny dziennej tylko 1·5 kop. Tym sposobem chory obecnie może otrzymać jedzenia o $^1/_2$ kop. mniej, niż przed wprowadzeniem nowej taryfy. Tam, gdzie to jedzenie jest niedostateczne, i te $^1/_2$ kopiejki ma znaczenie niemałe.

Na ulepszenie i skompletowanie inwentarza szpitalnego wydano w roku 1908 — 112692 rb. i w r. 1909 — 105392 rb.

Liczbę Sióstr miłosierdzia w szpitalach i w przytułku w Górze Kalwaryi powiększono o 20; dodano nieco służby niższej.

Co do personalu lekarskiego, uznając konieczność powiększenia jego wynagrodzenia, ograniczono się tymczasem do wyznaczenia ordynatorom nadetatowym i niektórym asystentom po 90 rb. rocznie na rozjazdy. Na cel ten wydano w r. 1908 — 8840 rb., w r. 1909 — 14400 rb.

W celu ulepszenia szpitali pod względem naukowym i leczniczym wprowadzono niejakie reformy, zresztą na ogół niewielkie. Pod tym względem należało zrobić więcej.

W sprawie przytułków położniczych postanowiono budowę zakładu położniczego na 40 kobiet nad Wisłą, a poza tem przystąpiono do budowy takiegoż zakładu na rogu Leszna i Żelaznej. Na budowę tego drugiego zakładu, powstającego wskutek inicyatywy Dra Zaborowskiego, pp. Goldstandowie ofiarowali 35000 rb.

Ze względu na brak miejsc dla chorych zakaźnych postanowiono wybudować na terenie szpitala św. Stanisława pawilon kosztem przeszło 180000 rb.

W tymże celu dla chorych ogólnych postanowiono zwiększyć liczbę miejsc przez wybudowanie pawilonów w szpitalu Dzieciątka Jezus i w szpitalu praskim. Zanim to nastąpi, postanowiono otworzyć szpital przy ul. Złotej, przeznaczony do użytku w razie cholery; uzyskano tym sposobem 100 łóżek dla chorych wewnętrznych.

Następnie przeprowadzono pewne reformy w Instytucie dla moralnie zaniedbanych dzieci w Mokotowie oraz zajęto się zorganizowaniem przytułku św. Ducha i Panny Maryi dla sług. Wreszcie finansowo współdziałano w sprawie szczepienia ospy.

Siódmy rozdział i następne Księgi przedstawiają nam na 396 stronicach statystyczne dane z dwóch lat sprawozdawczych (1908 i 1909). Przeglądając to, należy podziwiać wielką pracowitość Dra Męczkowskiego; z ogromną sumiennością starał się on zrobić coś z tego lichego materyału, którego mu dostarczyły szpitale. Tu należy zaznaczyć, że statystyczne kartki szpitalne są źle ułożone, a stale były pisane w sposób niedbały, jako że od lat bardzo dawnych nikt z nich nie użytkował, a zatem dla piszących przedstawiały one pracę wprost bezużyteczną. Chcąc mieć sprawozdania porządne, magistrat powinien był dawno już zaprowadzić tu zmiany.

Dział statystyczny obejmuje: ruch chorych w szpitalach; wykaz oddziałów szpitalnych ze wskazaniem personalu, liczby łóżek i ich przeznaczenia (dział zupełnie nowy); wykaz dochodów i rozchodów na utrzymanie szpitali i zakładów dobr.; ceny produktów spożywczych i innych przedmiotów, dostarczanych do szpitali (dział nowy); wykaz osób, należących do kollegium magistratu, oraz zarządu szpitali i zakładów dobrocz.; wreszcie spis prac naukowych, ogłoszonych przez lekarzy szpitalnych w latach 1908 i 1909.

Ruch chorych opracowano ze względu na poszczególne szpitale, na poszczególne miesiące, na rodzaj chorób. Najlepszych danych dostarczyły szpitale: dla chorób zakaźnych i dla chorób umysłowych; to też statystyka ich najlepiej opracowana. Statystyka szpitali ogólnych ze względów, powyżej przytoczonych, przedstawia ważne braki. A więc przedewszystkiem brak jakichkolwiek danych co do wykonanych operacyi chirurgicznych, brak szczegółowego podziału na choroby. Wskutek tego wszystkie nowotwory, bez względu na rodzaj i siedzibę, umieszczono w jednej rubryce; gruźlicę całą, z wyjątkiem gruźlicy płuc, także objęto jedną rubryką itd.

Bardzo interesujący jest dział personalu szpitalnego i stosunek jego do liczby chorych. Na nieszczęście tu zakradły się błędy w druku, a zdaje się i w opracowaniu, jakeśmy to już wyżej co do służby szpitalnej starali się wykazać. W przyszłych sprawozdaniach wypadnie ten dział może nieco inaczej opracować.

Najważniejsze dane statystyczne tak się przedstawiają: W roku 1908 leczyło się w szpitalach warszawskich 44127 (dni szpitalnych 1170408), w roku 1909 leczyło się 44127 osób (dni szpitalnych 1207563). Z tych wyszło w r. 1908 wyleczonych 52·5%, z poprawą — 28·2%, zmarło 10·08%; w r. 1909 — wyleczonych 51·3%, z poprawą — 29·7%, zmarło 9·5%.

W ambulatoryach szpitalnych udzielono w roku 1908 266073 porad, w r. 1909 — 277408.

O przepełnieniu szpitali warszawskich pojęcie dają nam następujące liczby: W szpitalu Dzieciątka Jezus przy etatowej liczbie 580 łóżek (bez oddziału ocznego) w roku 1908 średnio było zajętych miejsc o 319·6 (czyli 41·7%) więcej, a największa liczba chorych dochodziła do 1001 (czyli o 63·7% więcej). W tymże szpitalu w r. 1909 było średnio o 55·1%, a maximum dochodziło do 72·6% ponad normę.

Słusznie uczyniła Redakcya Księgi pamiątkowej, podając na końcu jej spis prac naukowych, ogłoszonych w latach sprawozdawczych przez lekarzy szpitalnych. Szkoda tylko, że taż Redakcya ze spisu tego nie wykreśliła demonstracyi, życiorysów, a przynajmniej referatów i artykułów, pomieszczanych w pismach codziennych, kalendarzach itp. W każdym razie na przyszłość już przy zbieraniu danych należy z góry określić, co Redakcya rozumie pod mianem pracy naukowej, by spis był bardziej jednostajny.

Kończąc niniejsze sprawozdanie, raz jeszcze muszę wyrazić swe uznanie magistratowi za ogłoszenie tak ważnego dzieła, a komisyi redakcyjnej za tak sumienne tegoż opracowanie.

Bronisław Sawicki.

II. Zjazd lekarzy rządowych w Austryi w Krakowie 24. 25. i 26. czerwca 1912.

Program Zjazdu jest następujący: W przeddzień Zjazdu t. j. w niedzielę 23. czerwca odbędą się obrady Centralnego Wydziału Związku lekarzy rządowych, a mianowicie: o godz. 9 przed południem i 3. popołudniu w sali posiedzeń krakowskiego Towarzystwa lekarskiego (ul. Radziwiłłowska 4). — O godz. 9 wieczorem swobodne zebranie uczestników Zjazdu (z Paniami) w sali restauracyjnej Hotelu saskiego (ul. Sławkowska).

W poniedziałek 24. czerwca w dużej sali starego teatru (ul. Jagiellońska l. 1): O godzinie 9 przedpołudniem uroczyste otwarcie Zjazdu (z Paniami, strój uroczysty): 1) Przemówienie

powitalne. 2) Prof. Dr Jurasz (Lwów): »O twardzieli«. 3) Krajowy inspektor sanitarny Dr Kulhavy (Praga): »Znaczenie medycyny społecznej dla lekarzy rządowych«. 4) Dr Eisenberg (Kraków): »Zwalczanie chorób zakaźnych, a nowoczesna bakteryologia«. — O godz. 3. popołudniu zwiedzanie miasta Krakowa i jego historycznych zabytków, pod kierownictwem Krajowego Związku turystycznego. — O godz. 9. wieczorem uroczyste przyjęcie uczestników Zjazdu przez gminę miasta Krakowa (z Paniami, strój uroczysty).

We wtorek 25. czerwca w sali krakowskiego Towarzystwa lekarskiego (ul. Radziwiłłowska 4). O godz. 9. przedpołudniem wykłady: 5) Dr Horst, konsulent sanitarny w c. k. Misterstwie robót publicznych (Wiedeń): »Higiena przemysłu górniczego i ochrona ustawowa robotników górniczych i hutniczych w Austryi«. 6) Dr Bory, starszy lekarz powiatowy (Drohobycz): »Uwagi rozpoznawcze co do duru osutkowego«. 7) Dr Janiszewski, fizyk miasta Krakowa; krajowy inspektor sanitarny Dr Krzyżanowski (Lwów); krajowy inspektor sanitarny, radca rządu Dr Winter (Wiedeń): »Potrzeby publicznej służby zdrowia w zamierzonej reformie administracyi przy władzach politycznych«. — O godz. 3. popołudniu w sali wykładowej Zakładu anatomii patologicznej: 8) Radca rządu, kraj. inspektor sanitarny Dr Winter (Wiedeń): »Gruźlica jako choroba ludowa« (z demonstracyami obrazów świetlnych i kinematograficznych). 9) Radca rządu Dr Paul (Wiedeń): »Znaczenie sanitarno-policyjne rzekomej ospy krowiej dla handlu mlekiem« (z demonstracymi drobnowidowemi). 10) Prof. Dr Wachholz (Kraków): »Wykład z dziedziny toksykologii sądowej« (z demonstracyami).

We środę 26. czerwca w sali krakowskiego Towarzystwa lekarskiego. O godz. 9. przedpołudniem: 11) Starszy lekarz powiatowy Dr Opieński (Lwów): »O potrzebie natychmiastowego zaprowadzenia nauki o higienie i somatologii w seminaryach nauczycielskich w Austryi«. 12) Starszy lekarz powiatowy Dr Kaan (Morawska Ostrawa): »Nowoczesny humanitaryzm a wielki przemysł«, studyum z hut żelaznych w Witkowicach. 13) Zakończenie Zjazdu. — Popołudniu wycieczka koleją do salin w Wieliczcę i przyjęcie uczestników Zjazdu przez Komitet zjazdowy (z Paniami).

We czwartek 27. czerwca. Wycieczki: a) do Tatr i Zakopanego; zwiedzenię lecznic Dr Chramca i Dr Dłuskiego, ewentualnie wycieczka do Morskiego Oka; b) do Witkowic dla zwiedzenia tamtejszych wielkich hut i kopalń. Za udział w wycieczkach osobna opłata. Bliższych wyjaśnień udzieli biuro wywiadowcze w domu Towarzystwa lekarskiego (ul. Radziwiłłowska 4).

Wkładka wynosi dla uczestników Zjazdu po 10 kor., dla członków rodziny uczestników po 5 kor. od osoby. Tylko ci uczestnicy Zjazdu, którzy nadeślą do dnia 10 czerwca b. r. połowę ceny mieszkania i to za cały czas użytkowania mieszkania, mają prawo żądać zarezerwowania mieszkania. Dla uczestników Zjazdu będzie otwarte od dnia 23. czerwca b. r. biuro wywiadowcze w domu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego (ul. Radziwiłłowska l. 4). W biurze tem winni się zgłaszać wszyscy uczestnicy Zjazdu w godzinach od 9 przedpołudniem do 1 popołudniu, celem złożenia wkładki i otrzymania odznak, legitymacyi do brania udziału w posiedzeniach, wycieczkach, uroczystych przyjęciach i t. d. Na dworcu kolei żelaznej pełnić będą służbę członkowie Komitetu zjazdowego, którzy będą przyjmować uczestników i rozmieszczać ich po kwaterach. Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu przyjmuje Dr Gustaw Bielański, c. k. starszy lekarz powiatowy w Krakowie, ul. Studencka 15, zaś przesyłki pieniężne Prof. Dr Stanisław Dobrowolski w Krakowie, ul. Podwale 2.

Ś. p. Dr med. Juliusz Lohrer.

Towarzystwo lekarskie łódzkie straciło jednego ze swych założycieli, pierwszego a długoletniego przewodniczącego i pierwszego członka honorowego. Był on zacnym człowiekiem, dobrym kolegą, sumiennym i gorliwie oddanym swemu zawodowi pracownikiem. Świadczy o tem cały przebieg jego życia.

Ś. p. Juliusz Lohrer urodził się w 1832 r. w Brzezinach. Pierwsze nauki pobierał w mieście rodzinnem i w progimnazyum w Rawie, a dalsze w gimnazyum piotrkowskiem, które ukończył w 1853 r. Wskutek różnych nieprzychylnych warunków nie mógł zaraz wstąpić do uniwersytetu i dopiero w 1857 r., zebrawszy pracą nauczycielską potrzebne środki, udał się do Dorpatu na studya lekarskie; ukończył je w r. 1862 ze stopniem doktora medycyny po obronie rozprawy: Ueber den Uebergang der Ammoniaksalze in den Harn. W czasie studyów swoich, którym oddawał się ze znamionującą go gorliwością i prawdziwym zapałem, należał do Koła kolegów z Królestwa i Litwy (późniejszy »Konwent polski« a obecnie »Polonia«), wśród których dzięki swoim zaletom zdobył zaufanie, miłość i szacunek, czego zewnętrznym dowodem było wielokrotne powoływanie go na wybitne w kole koleżeńskiem stanowiska.

Wróciwszy do kraju, osiadł w Łodzi w 1862 r. Pomimo czasu burzliwego i tutaj wkrótce dzięki oddaniu, mogę nawet powiedzieć, poświęcaniu się swoim chorym bez różnicy stanu zyskał zaufanie swoich współobywateli. Zaufanie to umiał i utrzymać, czego najlepszym dowodem jego przeszło 40-letnia praca, jako lekarza fabrycznego. Na trudnem tem stanowisku ś. p. Lohrer dzięki swej sumienności i wysoce wyrobionemu poczuciu obowiązku zdołał zaskarbić sobie względy pracodawców, a pracownicy obdarzali go do ostatniej chwili jego długoletniego śród nich działania swojem zaufaniem i przywiązaniem.

W 1872 r. został lekarzem miasta. Urząd ten piastował z godnością i bez skazy przez długie lata.

Stosunek ś. p. Lohrera do kolegów-lekarzy był, śmiało to mogę powiedzieć, wprost idealny. O ś. p. Lohrerze nie słyszano ujemnego, niechętnego zdania. Starsi koledzy cenili go dzięki jego wysoce koleżeńskiemu i zawsze taktownemu postępowaniu, a młodszych, nowoprzybywających, ujmował okazywaną niekłamaną życzliwością i chętnem udzielaniem dobrej rady. To też, gdy w 1886 r. założone zostało nasze Towarzystwo lekarskie, jednomyślnie powierzono mu urząd przewodniczącego. I te nowe obowiązki spełniał w ciągu 10 lat z właściwem sobie oddaniem się. Ustąpił z zajmowanego stanowiska, chcąc młodszym dać pole do pracy.

Cześć Jego pamięci!

(Z mowy pogrzebowej, wygłoszonej w d. 19. maja 1912 r. przez Dr A. Kruschego, prezesa Tow. lek. łódzkiego).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 22. V. 1912 posiedzenie, na którem Prof. Browicz miał wykład o etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego. W dyskusyi zabierali głos Prof. Kostanecki, Ciechanowski i prelegent.

Z powodu obchodu jubileuszu Uniwersytetu lwowskiego, przypadającego 29. b. m., odbędzie się najbliższe posiedzenie Towarzystwa dopiero we środę d. 5. czerwca.

— Prof. Dr Emil Godlewski, junior, wybrany został członkiem korespondentem Akademii Umiejętności w Krakowie.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Mieczysław Miłoszewski, rodem z Ekaterynodar.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. V. do 18. V. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † 1 (obcych 2 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 6, płonicy 5 (1), odry 1, duru brzusznego 3 † 1, czerwonki — † — (1 † 1), róży 1 † 1 (1 † 1), ospy prawdziwej 3. Dr Janiszewski.

Warszawa. Do Zarządu Stowarzyszenia lekarzy wybrani zostali w d. 9. V. 1912 ponownie Dr Reutt, Chełchowski, Winiarski i Jaworski, jako członkowie, a Wisłocki, Jakimiak, Puławski, Babiński, Markiewicz i J. Zawadzki, jako zastępcy.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 13. V. do 20. V. 1912 przypadków: ospy 7, duru osutkowego 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. »Towarzystwo lekarzy w Krainie« w Lublanie obchodzi 23. V. 1912 pięćdziesięciolecie istnienia. Założone zostało 28. października 1861, zrazu jako »Czytelnia lekar-

ska«, która jednak już 4. grudnia 1862 przekształciła się w »Towarzystwo lekarzy w Krainie«. Jest to więc najstarsze po wiedeńskiem Towarzystwo lekarskie w Austryi, a najstarsze z Towarzystw lekarskich słowiańskich w tem państwie. Towarzystwo ma dwie fundacye dobroczynne dla wdów i sierót po lekarzach; im. Dr Blajwajsa i Dr Löschner-Madera. Z założycieli Towarzystwa żyje Prof. Dr Alojzy Valenta-Marchthurn, który przez okrągłe ćwierć wieku był sekretarzem, a potem długoletnim prezesem Towarzystwa i wielkie dlań położył zasługi, oraz Dr Thomitz.

— Na porządku dziennym XX. ogólnego posiedzenia Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w piątek 4. (17) maja znajdował się wykład Prof. Dr Dzierzgowskiego: W sprawie ochronnych szczepionek.

— W Dreźnie powstaje muzeum higieniczne, którego gmach ma kosztować 2,600.000 marek, a roczne wydatki 270.000. Na cele muzeum ofiarował organizator zeszłorocznej wystawy higienicznej, Lingner, dochód z wystawy (milion marek), dział etnograficzny i dział, zatytułowany »Człowiek«.

— Zebranie niemieckiego Towarzystwa higieny szkolnej odbędzie się w Berlinie od 28—30 maja b. r. Głównymi referatami będą: 1) Gruźlica a szkoła. 2) Ogrzewanie i wentylacya szkół.

— Testament Listera przeznacza na cele publiczne 200000 koron: Royal Society, funduszowi szpitala króla Edwarda i szpitalowi uniwersyteckiemu, jakoteż Nord-London, a 400000 instytutowi Listera. X.

Redakcya otrzymała: Beck i Bikeles: W sprawie pobudliwości kory móżdżku. »Tyg. lek.« 1912. — Schalit: Amputatio pulpae. Kraków 1912. — Lipsztat: Przypadek zatoru aorty brzusznej. »Med. i Kron. lek.« 1912. — Supiński: Sprawozdanie zdrojowiska Rabka za r. 1911. — Trzebiński: Beitrag zur Morphologie der Nervenzellen bei der Autolyse des Rückenmarks. »Folia neuro-biologica« 1912. — A. Puławski: 1) Choroba Brighta, dwukrotna operacya Edebohlsa, objawy choroby Basedowa w końcu życia. 2) Przypadek choroby Addisona. 3) Przyczynek do chirurgicznego leczenia choroby Basedowa. Odbitki »Gaz. lek.« 1912. — Bruner: Przyczynek do kazuistyki wrzodów wenerycznych-pozapłciowych. Odb. »Med. i Kron lek.« 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Novojodin (Dr M. Engling, Zeitschr. f. Bakt. T. 60. Z. 5) przewyższa co do działania odkażającego przetwory inne (jodoform, airol, xeroform i vioform), działa nietylko miejscowo, lecz także na odległość, wydziela wolny jod, wyjaławia ropę (czego nie czyni jodoform), powstrzymuje rozwój prątków cholery, rozpuszcza się łatwiej od innych przetworów jodu. Sch. W.

Dr E. Ecsedi i Dr S. Seböck (z oddz. szpit. chor. skórn. i wener. w Peszcie, prym. Dr J. Justus). Obok salwarsanu polecają autorowie w leczeniu kiły rtęć i jod. Z przetworów jodowych polecają najgoręcej **jodfersan**, który dzięki łatwej wessalności sprawia, iż jod więcej jednostajnie w organizmie krąży i więcej jednostajnie go opuszcza. Uważają przetwór ten za najwięcej polecenia godny przy leczeniu kiły. Ms. W.

Rok LI. Kraków, dnia 1. czerwca 1912. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Wszechnica lwowska obchodzi dwóchsetpięćdziesiątą rocznicę swego założenia.

Z »Akademii«, istniejących niegdyś na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej, jednej tylko, najstarszej, u stóp Wawelu oszczędziły losy najcięższych burz, przelatujących te ziemie tylekroć od krańca do krańca; wszystkie huragany, najgorsze nawałnice biły o tamtę drugą, a przecież umiała Ona zawsze nawiązać nić tradycyi, raz wraz podsycać już, zdawałoby się, przygasające płomię najwyższej kultury umysłowej, Znicz Nauki, szukającej Prawdy i Dobra. I dziś, gdy wszystkie inne padły w popiół i zgliszcza, Ona, krakowskiej Almae Matris jedyna już siostrzyca, jest, pracuje, czuwa.

A będąc taką »przemożnych perłą nauk«, jaką być kazał Wszechnicom naszym Wielki pierwszej z nich Założyciel, ma Wszechnica lwowska w siedzibie swej szczególnie świetne wspomnienia tej właśnie nauk gałęzi, której my lekarze służymy. Wszak w dziejach grodu, w którym ta Wszechnica zasiadła, przesuwa się przed dwoma wiekami w korowodzie rycerskich a rządnych miasta gospodarzy wielu znakomitych sztuki lekarskiej przedstawicieli. Znać tam dla nauk lekarskich szczególnie bujna gleba; toż i dziś ich rozkwitem ma lwowska Wszechnica prawo się chlubić.

Więc też tem gorętsze nasze dla tej Wszechnicy życzenia. Jako wyraz ożywiających nas uczuć, składamy Jej w hołdzie pamiątkowy »Rocznik lekarski«.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali *)

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

Zanim przejdziemy do właściwego tematu, tj. do omawiania wskazań dla przerwania ciąży w przebiegu różnych chorób umysłowych, chcielibyśmy tu tylko podnieść, że nie ulega już dzisiaj żadnej wątpliwości, iż ciąża, która jest jednem z ogniw w owym długim łańcuchu zjawisk, składających się na życie płciowe kobiety, pozostaje podobnie jak i wszelkie inne, a tak bardzo złożone przejawy jej życia płciowego, w ścisłym związku z czynnością układu nerwowego. Na podstawie zaś badań doświadczalnych, jak i na podstawie ścisłych obserwacyi w dziedzinie fizyologii i patologii płciowej wiemy, że oprócz ośrodków niższych, usadowionych w dolnym odcinku rdzenia kręgowego, a które to ośrodki, podporządkowane ośrodkom w rdzeniu przedłużonym i mózgu, mają znaczenie ośrodków odruchowych dla czynności płciowych, biorą jeszcze udział przy powstawaniu tych różnorodnych objawów psychicznych, jakie towarzyszą wszelkim fazom życia płciowego człowieka, i ośrodki wyższe w samej korze mózgowej. Gdy jedni jednak autorzy przyjmują istnienie takiego ściśle umiejscowionego ośrodka mózgowego, tj. psychoseksualnego, jak go nazywają, w którymby się zbiegały i krzyżowały najrozmaitsze drogi ruchowe i czuciowe narządów rodnych, to inni stanowczo temu przeczą, uważając współdziałanie wszystkich ośrodków kory mózgowej za jedynie miarodajne dla wytłómaczenia mechanizmu objawów psychicznych, związanych z życiem płciowem człowieka.

Nie wchodząc jednak w słuszność tej czy tamtej teoryi, tego czy innego zapatrywania na to bądź co bądź tak ciekawe, a zarazem tak zawiłe jeszcze zagadnienie psychofizyologiczne, stwierdzamy dzisiaj niezbity fakt wzajemnej od siebie zależności życia płciowego człowieka i czynności układu nerwowego, a tem samem i związku, jaki zachodzić musi między ciążą, jako jednem z jego ogniw, a czynnościami ośrodkowego układu nerwowego.

Toteż w przebiegu każdej ciąży tego rodzaju poważne i daleko idące zmiany, jakie zachodzą w ustroju kobiety ciężarnej, jako to powiększenie się macicy, wytworzenie krążenia łożyskowego, zaburzenia w przemianie materyi, wywołane zmienionem wydzielaniem wewnętrznem gruczołu tarczowego i jajników, a może i przedostawanie się pewnych toksyn macicznych do ogólnego obiegu krwi — o ile się sprawdzą badania Fellnera [1]) i Schickelego [2]) o trującem działaniu substancyi wydzielanych przez macicę, — nie będą mogły pozostać bez wpływu na czynności prawidłowego układu nerwowego, a tem mniej układu nerwowego neuropatycznych, względnie psychopatycznych kobiet. O ile więc tym różnorodnym zjawiskom i złożonym przemianom materyi, jakie mają miejsce w ustroju kobiety ciężarnej, towarzyszą już w warunkach zresztą prawidłowych pewne nerwowe dolegliwości o mniejszem lub większem nasileniu, do których dołączają się i pewne nieprawidłowości psychiczne, a przedewszystkiem zaburzenia w sferze uczuć, o tyle częstsze i silniejsze będą wszystkie te objawy u kobiet dziedzicznie obarczonych, a więc posiadających już a priori mało odporny układ nerwowy. I u tych to właśnie kobiet napięcie owych fizyologicznych niejako, bo i każdej prawie normalnej ciąży towarzyszących objawów potęguje się do tego nieraz stopnia, że wkracza już ono w granice spraw patologicznych; a nadto na owej podatnej glebie neuropatycznych, względnie psychopatycznych skłonności wyrastają bardzo często objawy, niespotykane nigdy w przebiegu ciąży prawidłowej, a składające się na obraz dobrze nam znanych i ściśle określonych, nosologicznych jednostek chorobowych.

Usposobienie neuropatyczne względnie psychopatyczne nie jest jednak bezwzględnym warunkiem dla powstawania chorób umysłowych w przebiegu ciąży, jakkolwiek obserwacya wykazuje, że większość tych chorób na tem to właśnie tle się rozwija. W każdym razie podnieść należy, że wielu autorów, jak Ripping [1]), Schmidt [2]), Siemerling [3]), Ph. Jolly [4]) nie przypisuje jakiegoś większego i specyalnego znaczenia dziedzicznemu obarczeniu w powstawaniu wszelkich porodowych chorób umysłowych. Statystyczne bowiem zestawienia tych autorów nie wykazują większej odsetki dziedzicznego obarczenia dla psychoz porodowych, aniżeli dla chorób umysłowych, spotykanych u kobiet w jakimkolwiek innym okresie ich życia, niezależnie zupełnie od czynności porodowych.

Bardzo ciekawy jest jednak fakt, podniesiony przez Klixa [5]), że kobiety, zapadające na choroby umysłowe w przebiegu ciąży, wykazują we wszystkich prawie statystykach nowszych i dawnych autorów największą odsetkę dziedzicznego obarczenia w przeciwstawieniu do tych kobiet, które zapadają na chorobę umysłową w jednym z dwóch okresów poporodowych, tj. w połogu lub w okresie karmienia. Tak np. według Münzera [6]) wypada 63% dziedzicznego obarczenia dla kobiet, zapadłych na chorobę umysłową w okresie ciąży, w przeciwstawieniu do 50% obarczenia dla psychoz połogowych, a 38% dla chorób umysłowych w okresie karmienia.

Z tego więc wynika, że kobiety dziedzicznie obarczone zapadają najczęściej na choroby umysłowe w przebiegu ciąży, jakkolwiek znowu owo dziedziczne obarczenie nie rozkłada się równomiernie na wszystkie postacie chorobowe, pojawiające się w tym okresie. Już Aschaffenburg [7]) zwrócił na to uwagę, że np. przypadki przedwczesnego

---

*) Według wykładu w Sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

1) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr 508.

2) Wirksame Substanzen im Uterus und Ovarium. Münch. med. Woch. 1911, Nr 3.

---

1) Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Stuttgart.

2) Beiträge zur Kenntniss der Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Neurol. 1881.

3) Ueber Graviditäts- u. Puerperalpsychosen. Münch. med. Woch. 1904, str. 457.

4) Beitrag zur Statistik u. Klinik der Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Neurol. tom 48.

5) Ueber die Geistesstörungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Nakł. Marhold. Halle a. S. 1904.

6) Ein Beitrag zur Lehre der Puerperalpsychosen. Monatschr. für Psych. u. Neurolg. 1906.

7) Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. T. 58.

otępienia umysłu (dementia praecox) wykazują znacznie mniejszą odsetkę dziedzicznego obarczenia, aniżeli psychozy maniakalno-depresyjne.

Bardzo ciekawą jest rzeczą i to, że częstość dziedzicznego obciążenia nie idzie w parze z częstością pojawiania się chorób umysłowych w różnych okresach porodowych, a nawet stoi ona do tamtej w stosunku wprost odwrotnym. Bo jakkolwiek największa odsetka dziedzicznego obarczenia przypada na kobiety, zapadające na choroby umysłowe w przebiegu ciąży, to jednak największa liczba porodowych chorób umysłowych przypada dopiero na okres połogu, a najmniejsza właśnie na okres samej ciąży.

Stosunek ten dziedzicznego obarczenia do częstości pojawiania się chorób umysłowych w przebiegu różnych faz porodowych ilustrują najwymowniej następujące daty: U Rippinga przypada tylko 19% wszystkich porodowych chorób umysłowych na okres ciąży, natomiast dziedzicznego obarczenia przypada na ten okres 47%, a zatem więcej. niż w każdym z dwóch innych okresów porodowych. U Hochego [1]) różnica ta jest jeszcze większą, bo zaledwie 11·38% psychoz przypada na okres ciąży, natomiast odsetka dziedzicznego obarczenia podnosi się w tym okresie do 45%. U Münzera na 101 przypadków porodowych chorób umysłowych przypada 19 na okres ciąży, a jak już wspomnieliśmy poprzednio, aż 63% kobiet z psychozami w tym okresie jest według jego zestawienia dziedzicznie obarczonych.

Nie będziemy tu przytaczać szczegółowych dat co do stosunku chorób umysłowych i dziedzicznego obciążenia w dwóch innych okresach porodowych. Podnosimy tylko, że tam jest stosunek ten wprost odwrotny, i tak, gdy odsetka chorób umysłowych wzrasta, to równocześnie zmniejsza się odsetka dziedzicznego obarczenia.

Fakt ten, na pozór może dziwny, da się jednak łatwo wytłómaczyć tem, że w pierwszym okresie porodowym, tj. w przebiegu ciąży, wysuwają się na plan pierwszy samoistne choroby umysłowe, a dla tych, jako psychoz pochodzących z przyczyn wewnętrznych (endogen), dziedziczne obarczenie, jak wiemy, bardzo ważną odgrywa rolę. Te zaś choroby umysłowe, które pojawiają się w drugim i trzecim okresie porodowym, tj. w czasie połogu i karmienia, te rozwijają się najczęściej z przyczyn zewnętrznych (exogen), tj. w następstwie zakażenia, silnego wyniszczenia, a ewentualnie i samozatrucia. Dla tych zaś chorób umysłowych dziedziczne obarczenie, jeśli wogóle jakie, to w każdym razie daleko mniejsze ma znaczenie.

Dla uzupełnienia dodać wreszcie musimy, że obok dziedzicznego obarczenia, względnie usposobienia psychopatycznego wrodzonego lub nabytego i obok najrozmaitszych zaburzeń w przemianie materyi, składzie krwi i jej krążeniu, jakie następują w ustroju kobiety ciężarnej, nie można odmówić w pewnych przynajmniej przypadkach, jeśli już nie znaczenia rozstrzygającego, to w każdym razie znaczenia bardzo poważnego czynnika chorobotwórczego owym najrozmaitszym urazom psychicznym, na jakie tak często narażona bywa kobieta ciężarna.

[1]) Ueber puerperale Psychosen. Arch. f. Psych. u. Neurol. T. XXIV.

Löwenfeld [1]) dopatruje się nawet wyłącznej przyczyny dla tych chorób w silnych urazach psychicznych, które mają według niego znaczenie czynników wywołujących, »agent provocateur«, a mianowicie u kobiet z odziedziczonem lub nabytem usposobieniem psychopatycznem. Nie należy zaś według niego przypisywać jakiegokolwiek znaczenia dla powstawania tych chorób umysłowych zmienionym warunkom obiegu krwi przez wytworzenie się krążenia łożyskowego, ani też zmianom chemicznym w składzie krwi, jakie następują w ustroju kobiety ciężarnej. Przeciwko takiej genezie przemawia według niego owo stosunkowo rzadkie pojawianie się chorób umysłowych u kobiet ciężarnych.

Jak wielkie zaś znaczenie mają takie urazy psychiczne, jak troska o przyszłość, wyrzuty sumienia, wstyd, obawa przed sromotą, lęk przed rozwiązaniem i t. d. przy powstawaniu pewnych postaci depresyi, przebiegających pod obrazem melancholii, za tem przemawia bardzo dosadnie przypadek opisany przez E. Meyera [2]).

Wspomina on mianowicie o pewnej psychopatycznej kobiecie, która popadła w silną depresyę z popędem do samobójstwa jedynie tylko w następstwie tej myśli, że zaszła w ciążę, a której to ciąży w rzeczywistości nie było. A więc nie zaburzenia w przemianie materyi na tle ciąży, lecz jedynie tylko afekt, złączony z przypuszczalną ciążą i odpowiednie tło psychopatyczne wystarczyły tu do wywołania zupełnie typowej, ciężkiej depresyi, spotykanej niejednokrotnie u kobiet ciężarnych, a przebiegającej pod obrazem melancholii.

Przy powstawaniu więc wszelkich nerwic, jak i chorób umysłowych, spotykanych w przebiegu ciąży, pamiętać należy zawsze o trzech czynnikach, t. j. o wrodzonych lub nabytych skłonnościach neuropatycznych, względnie psychopatycznych, o zaburzeniach w przemianie materyi i krążeniu krwi, a wreszcie o urazach psychicznych — jako przyczynach tych chorób. Prawie zawsze spotykamy je obok siebie, nie wszystkie one jednak mają równorzędne znaczenie i gdy dla jednych postaci chorobowych ten, to dla innych tamten czynnik nabywa znaczenia właściwego czynnika chorobotwórczego.

I. Jakkolwiek właściwego przedmiotu, którym się mamy dzisiaj tu zająć, nie stanowią wskazania do przerywania ciąży z punktu widzenia neurologicznego, nie możemy jednak pominąć niektórych chorób nerwowych, które idą bardzo często w parze z najrozmaitszemi zaburzeniami psychicznemi. A mamy tu na myśli pląsawicę, rzucawkę porodową, padaczkę i histeryę.

Niewątpliwie najczęstszem wskazaniem do przerywania ciąży jest z pośród tych nerwic pląsawica kobiet ciężarnych (chorea gravidarum), która pojawia się zwykle u kobiet młodych między 18. a 25. rokiem życia, i to najczęściej w pierwszych miesiącach ciąży lub w połowie czasu jej trwania.

Wobec tego, że 25—30% kobiet, cierpiących na plą-

[1]) Sexualleben und Nervenleiden. Nakł. Bergmanna. Wiesbaden.

[2]) Die Puerperalpsychosen. Archiv. f. Psych. u. Neurol. T. 48.

sawicę w przebiegu ciąży, umiera w następstwie tego powikłania (według statystyki Siemerlinga jest ta odsetka śmiertelności nawet daleko większa), jak i wobec tego, że w większości tych przypadków i tak przychodzi do poronienia, przedwczesnego porodu lub obumarcia płodu, sądzą niektórzy, że choroba ta stanowi w każdym przypadku bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży.

Większość autorów jednak, jak Putnam [1]), W. Runge [2]), Kroner [3]), Hicks [4]), Ruheman [5]), Zweifel [6]), Wagner nie stoi na stanowisku bezwzględnego wskazania, lecz zaleca w początkowych zwłaszcza i lekkich postaciach tej choroby stanowisko wyczekujące. Quensel [7]) i Martin [8]), który to ostatni spostrzegał w jednym przypadku trzykrotny nawrót pląsawicy podczas każdorazowego zajścia kobiety w ciążę i zupełne za każdym razem wyleczenie po odbytym porodzie na czasie, zgadzają się na przerywanie ciąży tylko w przypadkach ciężkich, jeśli leczenie apteczne i procedury wodolecznicze do żadnego nie doprowadzą celu. Dakin [9]), który również nie jest za bezwzględnem przerywaniem ciąży powikłanej pląsawicą, zaleca jednak wzniecenie poronienia lub przedwczesnego porodu natychmiast po pojawieniu się pierszych zaburzeń psychicznych nawet wtedy, gdyby ruchy pląsawicze bardzo były jeszcze nieznaczne.

I my nie uważamy pląsawicy samej jako takiej już za bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży nawet wtedy, gdyby ona szła w parze z pewnemi zaburzeniami psychicznemi, jak osłabieniem pamięci, roztargnieniem, pewną drażliwością i zmiennością usposobienia, a więc objawami, które należą do całokształtu klinicznego obrazu pląsawicy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Słów kilka o pyocyanazie

podał

Dr Mondschein (Stanisławów).

Pyocyanazę, na którą zwrócił mą uwagę prof. Raczyński, miałem sposobność w mej praktyce prywatnej wielekroć wypróbować i doszedłem do wniosku, że działa ona przedewszystkiem kojąco na ból i skraca przebieg pewnych spraw zapalnych. Środka tego, zachwalanego bardzo przeciw różnorakiego rodzaju ropieniom, nie miałem sposobności wypróbować w tym kierunku; stosowałem go natomiast przy płonicy w powikłaniach ze strony gardła (23 przypadki), jak również przy rozmaitych schorzeniach jamy ust i migdałków (47 przypadków). Przy płonicy nie stosowałem pyocyanazy nigdy w przypadkach lekkich, a zawsze w przypadkach miernie ciężkich i bardzo ciężkich, gdzie zaraz pierwszego dnia znajdują się silne zmiany zapalne w migdałkach z nalotami. Zauważyłem tu, że małe naloty pod wpływem pyocyanazy wcześnie stosowanej (w postaci rozpylań) nie powiększają się wcale, a później, gdy już błony pokryły migdałki i języczek, pyocyanaza stosowana pilnie i jak najczęściej wywołuje szybkie oczyszczenie się gardła, zmniejszenie się sprawy zapalnej, a co z tem w parze idzie, szybki spadek wysokiej ciepłoty, lepszy stan podmiotowy. Także gruczoły chłonne podszczękowe i karkowe obrzękłe, bolesne, zmniejszają się rychło bez przejścia w ropienie. Dla wspomożenia działania pyocyanazy zapisuję ją zaraz po stwierdzeniu płonicy razem z pastylkami formamintowemi, które każę dziecku kilka razy dziennie wkładać do ust, obywając się przez to bez żmudnych, dręczących chorego pędzlowań ust i gardła i wstrzykiwań, kryjących w sobie przy obrzękłem silnie gardle i obrzmiałej nieraz nagłośni niebezpieczeństwo zachłyśnięcia się dziecka.

Także i na inne powikłania płonicy zdawały mi się formamint z pyocyanazą wpływać zapobiegawczo, nie widziałem bowiem w powyższych 23 przypadkach ani powikłań ze strony ucha środkowego, ani wewnętrznego, ani ze strony nerek. Tłómaczę to sobie tem, że te powikłania nie są wywoływane przez sam jad płoniczy, ale przez jadowite paciorkowce, przyłączające się jako zakażenie następcze do bardzo podatnej gleby zapalnej płoniczej. Na te właśnie paciorkowce działać może zabójczo formalina i pyocyanaza.

Przy mieszkowem zapaleniu migdałków pyocyanaza w postaci rozpylań sprawia, że nieznośny ból przy połykaniu, ból rozpromieniający się ku odpowiedniemu uchu, częste strzykania w uchu maleją i ustają po kilkakrotnem zastosowaniu tego środka w ciągu często jednej doby, a przebieg sprawy zapalnej skraca się najmniej o połowę. Przy zapaleniach ropnych okołomigdałkowych miałem też sposobność kilkakrotnie spostrzegać pod wpływem pyocyanazy zmniejszenie się bólu i, jak mi się zdaje, skrócenie przebiegu.

Jeden przypadek niecodzienny chciałbym tu przytoczyć, gdyż może posłużyć za dowód, a zarazem za przestrogę, jak ostrożnym należy być przy badaniu chorego i przy rozpoznawaniu. Wezwany zostałem przez kolegę na naradę do chorego, który od kilku dni skarżył się na trudności w połykaniu, ból strzelający w uchu, przytem miał lekką gorączkę (38°), co nasuwało przypuszczenie przewlekłej zaostrzającej się sprawy w połyku (pharyngitis chr. exacerbans). Przy dokładnem oglądaniu całego gardła zastanowił mnie niestosunek między nieznacznemi zmianami na błonie śluzowej gardła (pacyent nie pije, nie pali), a dość silnymi objawami podmiotowymi i podniesioną ciepłotą. Zastrzegłem więc sobie dokładne zbadanie chorego lusterkiem krtaniowem na dzień następny. I oto przy tem badaniu taki przedstawił mi się obraz: Nagłośnia silnie obrzękła, jak wał nakrywa głośnię, po obu stronach wędzidełka trzy drobne, jasno-żółte pęcherzyki. Rozpoznanie: Opryszczki (herpes epiglottidis). Teraz zrozumiałe były bole, gorączka i dłuższy czas trwania (tydzień). I tu po zastosowaniu pyocyanazy (rozpylania), po dwu dniach chory dobrze i bez bolu łykał, podmiotowo czuł się lepiej, a do czterech dni zupełnie wyzdrowiał.

Także przy ciężkich zapaleniach dziąseł i błony śluzowej języka z owrzodzeniami stosowałem pyocyanazę kilkakrotnie z bardzo dobrym skutkiem.

Ujemną stroną tego środka jest jego woń nieprzyjemna, przypominająca zapach karuku, tak, iż niektórzy chorzy doznają wstrętu po pierwszem już użyciu, oddziałując wymiotami.

---

1) Relation of pregnancy to nervous diseases. Am. med. Quarterly. Ref. Jahresb. f. Psych. u Neurol. 1900.
2) Chorea minor u. Psychose. Arch. f. Psych. u. Neurol. 1909, Nr 2.
3) Ueber Chorea gravidarum. Disser. Berlin 1906.
4) Chorea gravidarum. The Practioner. Vol. 87, Nr 2, 1906. Ref. Jahresb. f. Psych. u. Neurol. 1906.
5) Ueber Chorea gravidarum. Berlin.
6) Diskussion zum Vortrag Jolly. 1901. Neurol. Centralbl.
7) Psychosen u. Generationsvorgänge beim Weibe. Med. Klinik 1907, Nr 50.
8) Zur Chorea gravidarum. Deutsch. med. Wochen, 1906, Nr 31. Ref. Jahresb. f. Psych. u. Neurol. 1906.
9) Dakin, Seven cases of pregnancy complicated by chorea. Practitioner II. 1897. Ref. Jahresb. f. Psych. u. Neurol.

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia i psychiatrya.

Dorner. **O stanie padaczkowym i jego leczeniu wielkiemi dawkami atropiny.** (Allgem. Zeitschr. für Psych. 1912. T. 69, zesz. 1). Do zwalczania stanu padaczkowego używa się chloroformu, chloralu, bromu, skopolaniny i t. d., lecz bardzo często niestety bez skutku; w razie osłabienia czynności serca podaje się rozmaite środki sercowe. Autor miał bardzo zachęcające wyniki przy podawaniu atropiny, bądź to wewnętrznie, bądź podskórnie. Przy czystych napadach padaczkowych podaje autor po 10—20 kr. 3 r. dziennie rozczynu 0,03 na 10,0 wody lub podskórnie 3 r. dziennie po 0,0015—0,003. Zwykle potem występowało znaczne polepszenie. W stanie padaczkowym używa autor dawek znacznie większych, mianowicie do 0,006 kilka razy dziennie. Po tych ogromnych dawkach spostrzegał autor bardzo znaczne polepszenie, zwykle prawie zaraz po wstrzyknięciu; w innych przypadkach polepszenie występowało w kilkanaście godzin. Żadnych powikłań w zależności od tych wysokich dawek autor nie spostrzegał.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Weiss. **Fizyczne leczenie przypadłości wiądowych.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 15). Przeciwko przeszywającym bólom prócz leków przeciwgorączkowych działają dobrze: elektryzacya prądem faradycznym, ciepłe kąpiele, leczenie emanacyą radu i t. p. Przy przełomach stosować należy odpowiednią silną dyetę, miesienie brzucha i przeczyszczania. Przy zaburzeniach pęcherza niezłe usługi oddaje faradyzacya śródcewkowa. Przy sztywności mięśni dobre usługi oddaje łagodne miesienie, przy niezborności gimnastyka i ćwiczenia Fränkla, przyczem zwykle błądzi się w tem, że zanadto męczy się chorych i prowadzi ćwiczenia za forsownie. Nie nadają się dlatego do leczenia przyrządy Zandera i inne oporowe. Chory unikać też musi przytem wszelkiego urazu. Nie należy wśród leczenia ćwiczeniami stosować innego leczenia, n. p. kąpieli. Przy hypotoniach stosuje się odpowiednie przyrządy wzmacniające. Wszelkie procedury wodne powinny być stosowane w bardzo łagodnej formie. K.

Willige i Landsbergen. **Rozpoznanie histologiczne rozlanych chorób kory z pomocą nakłucia mózgu.** (Münchener mediz. Wochenschr. 1912, Nr 1). Neisser i Pfeifer pierwsi zastosowali nakłucie mózgu w celach stwierdzenia ropni lub guzów mózgu i ich rozpoznawania różniczkowego. Autorowie stosują nakłucie mózgu przy chorobach rozlanych kory, przedewszystkiem przy porażeniu postępującem, dla stwierdzenia obecności czy braku zmian, znamionujących to cierpienie. Nakłucie wykonywuje się zwykle w płatach czołowych, gdzie zmiany charakterystyczne dla porażenia postępującego występują zwykle najwyraźniej i najwcześniej. Prócz tego nakłucie w tej okolicy mózgu jest najmniej niebezpieczne. Technika zabiegu według Pfeifera jest następująca: Po zrobieniu otworu w powłokach miękkich czaszki, — zapomocą świdra, wprawianego w ruch przez motor elektryczny, ostrożnie przewierca się kość, uważając, żeby nie zniszczyć opony twardej; następnie przebija się oponę twardą igłą z mandrynem; po usunięciu mandrynu do igły dostosowuje się strzykawkę Lüera i ostrożnie posuwając igłę w głąb, aspiruje się substancyę mózgową. O ile się przesunie igłę na 2—3 cm w głąb kory, można otrzymać cząstkę kory 1—2 cm długości i 1—2 mm szerokości, zupełnie wystarczającą do badania histologicznego. Te kawałki mózgu ustalano w 96% alkoholu i barwiono według Nissla lub Pappenheima; wyniki, otrzymane przy badaniu, były zupełnie wystarczające dla celów rozpoznawczych. Autorowie przytaczają opis 2 przypadków, w których stosowano nakłucie rozpoznawcze mózgu. W pierwszym przypadku na podstawie wyników nakłucia mózgu stwierdzono porażenie postępujące (znaleziono nacieki okołonaczyniowe, komórki plazmatyczne, zmiany wsteczne w komórkach nerwowych, rozrost gleju); sekcya w zupełności potwierdziła powyższe rozpoznanie. W drugim przypadku rozpoznanie wahało się pomiędzy porażeniem postępującem a nowotworem mózgu. W korze, wydobytej zapomocą nakłucia, stwierdzono zmiany nieokreślone, przemawiające za zaburzeniami w krążeniu i odżywianiu substancyi mózgowej, wobec tego rozpoznanie przechyliło się na stronę nowotworu mózgu. Chory zmarł przed zabiegiem operacyjnym; sekcya stwierdziła obecność nowotworu na podstawie czaszki w okolicy czołowej. W. Grzywo-Dąbrowski.

Pedyatrya.

Comby. **Przypadek aerofagii u oseska** (Arch. de méd. des enfants, tom XIV Nr 7 1911.) Połykanie powietrza jest u osesków rzeczą pospolitą, przeważnie jednak uchodzi uwagi otoczenia; osesek, ssąc pierś lub flaszkę, połyka mniejszą, lub większą ilość powietrza, które następnie częścią się wchłania, częścią zostaje wydalone w postaci odbijań lub wiatrów. Połknięte w większej ilości, wytwarza powietrze razem z gazami, będącymi następstwem fermentacyi jelitowej, bębnicę. W znacznym stopniu spotyka się aerofagię tylko u nerwowych, gdzie może ona mieć wybitniejsze skutki. I tak C. spotrzegał 14-miesięczne dziecko, bardzo nerwowe, karmione jeszcze piersią, które wskutek silnego nieżytu błony śluzowej nosa, gardła i oskrzeli połykało znaczną ilość wydzieliny śluzowo-ropnej a razem z nią powietrze. W następstwie tego brzuch uległ silnemu wzdęciu, dziecko stawało się bardzo niespokojne, bezsenność zupełna mimo bromu. Po odejściu powietrza jużto w postaci odbijań, jużto wiatrów, wszystkie objawy znikały, poczem znowu następowało połykanie powietrza z takiemi samemi następstwami. Dwie dawki antypiryny po 0·1 gr. usunęły zupełnie aerofagię, zastosowana zaś hydroterapia zapobiegła nawrotom.

Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 7 listopada 1911 r.

An. Landau: **O nowych poglądach w dziedzinie patogenezy i leczenia moczówki cukrowej.** Poza spostrzeżeniami klinicznemi dwa tylko fakty doświadczalne stanowiły do niedawna o patogenezie cukrzycy: nakłucie dna czwartej komory i wycięcie trzustki. Ostatnie lata dorzuciły niezmiernie doniosłe odkrycie, iż wyciąg z nadnerczy i czysta adrenalina, wstrzyknięte pod skórę, wywołują cukromocz; cukromocz adrenalinowy i z nakłucia zależy od nadmiernego uruchomienia zapasu glikogenowego w wątrobie z podrażnieniem swoistego zaczynu — inwertazy, rozszczepiającego glikogen na cukier gronowy i wtłaczającego go do obiegu krwi. Trzustka natomiast, której rola ostatecznie nie została jeszcze całkowicie wyjaśnioną, hamuje ową mobilizacyę glikogenu zapomocą swej wydzieliny. Prawidłowy przebieg przemiany węglowodanowej oparty jest na właściwem oddziaływaniu wzajemnem szeregu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem; przytem współzawodniczą tutaj dwie grupy narządów: układ chromochłonny z nadnerczami, tarczycą i przysadką mózgową z jednej strony, trzustka oraz gruczoły przytarczyczne z drugiej. Nasze zabiegi lecznicze ograniczają się jeszcze dziś do leczenia objawowego: usunięcia cukromoczu i acydozy, wzgl. acetonuryi. W walce z cukromoczem ograni-

czamy dowóz węglowodanów, a niekiedy i białka, stosując z warunkiem ścisłego indywidualizowania dyetę jarzynową, głodową i t. p. W leczeniu acydozy najskuteczniejszym środkiem jest spotęgowanie zdolności do przyswajania węglowodanów. Lepsze spalenie cukru sprawia niekiedy, iż dyabetyk traci aceton właśnie na dyecie z białka. Wogóle w leczeniu kwasicy dążymy z jednej strony do szybszego wydalenia już wytworzonych w ustroju ciał acetonowych przez wczesne podawanie alkaliów, z drugiej zaś zapobiegamy tej produkcyi przez zalecanie dyet węglowodanowych, mlecznej, owsianej, kartoflanej. Prelegent przekonał się, że pod względem działania na pierwszem miejscu postawić należy dyetę owsianą. Omówiwszy następnie wartość leczniczą przetworów farmaceutycznych oraz leczenie wodami mineralnemi, dochodzi prelegent do wniosku, iż leczenie dyetetyczne cukrzycy, stosowane racyonalnie i konsekwentnie, nie przestanie być jedyną skuteczną bronią w walce z tą chorobą, dopóki zbadanie patogenezy nie skieruje jej leczenia na tory przyczynowe.

Posiedzenie kliniczne z d. 21 listopada 1911 r.

1) Sławiński przedstawił chorego, dotkniętego **przymiotem nosa**, któremu z dobrym wynikiem wykonał **operacyę autoplastyczną**.

2) Dmochowski: **Nowa teorya powstawania nowotworów.** Prelegent wypowiada zdanie, że na podstawie cech właściwych komórkom i tkankom należy podzielić je na odmiany w sensie odmian zoologicznych. Przypuszcza, że w powstawaniu owych odmian komórek i tkanek życia zarodkowego najważniejszym czynnikiem jest zlanie się lub zamiana żywej materyi pomiędzy komórkami już wytworzonych odmian. Komórki i tkanki nowotworowe uważa prelegent za odmiany komórkowe i tkankowe (w sensie zoologicznym), powstałe wskutek zlania się lub zamiany żywej materyi pomiędzy komórkami prawidłowemi różnych odmian komórkowych. Zlanie się lub zamianę żywej materyi pomiędzy komórkami jednej odmiany lub dwóch, lecz wiodące do wytworzenia prawidłowej tkanki, nazywa amfimiksyą; zlanie się lub zamianę pomiędzy komórkami dwóch różnych gatunków, nie odbywające się prawidłowo, nazywa dysmiksyą.

W dyskusyi podnosi Trzciński, że w sprzeczności z teoryą prelegenta znajduje się ten fakt, iż przy łączeniu się różnych gatunków powstaje potomstwo bezpłodne. — E. Zieliński przyłącza się do zdania Trzcińskiego.

Kryński twierdzi, że owa »zupełna odrębność« morfologiczna komórek nowotworowych bywa bardzo niepewna i że przeprowadzenie ścisłej granicy pomiędzy niemi a komórkami tkanki prawidłowej bynajmniej nie zawsze jest możliwe. Co się tyczy samej komórki nowotworowej, to jako »primum movens« wszystkich jej własności biologicznych wprowadza D. czynnik nowy — dysmiksyę. K. sądzi, że takie przeniesienie spostrzeżeń nad najniższymi tworami jednokomórkowymi na teren zjawisk w tkankach ustroju ludzkiego i przypisywanie zjawiskom tym roli rozstrzygającej w zagadkowej sprawie etyologii nowotworów jest rzeczą bardzo dowolną. Teorya Dmochowskiego nie wyjaśnia faktu powstawania wtórnego mięsaka w podścielisku nowotworu rakowego, nie godzi się z pomyślnymi wynikami otrzymywania nowotworów po szczepieniu pewnych odmian grzybków pleśniowych i nie tłomaczy wielu innych ciemnych dotąd zjawisk z biologii nowotworów.

Posiedzenie kliniczne z d. 28 listopada 1911 r.

1) J. Szmurło: **O wskazaniach w leczeniu ostrych i przewlekłych cierpień jamy Highmora.** Prelegent zaznacza doniosłość cierpień jamy Highmora dla ustroju i omawia przyczyny, które są powodem trudności przy stawianiu wskazań leczniczych w tem cierpieniu. Zmiany anatomo-patologiczne, zachodzące w szczęce, nie zawsze dają się stwierdzić zawczasu; stąd pochodzi niepewność zabiegów. Ropienia najczęściej wywołują choroby zakaźne, zwłaszcza grypa, próchnienie zębów i ropienia w innych zatokach. W ostrym ropotoku wskazane będzie leczenie ogólne, a więc: spokój, wlewanie do nosa rozczynu kokainy z adrenaliną, aspiryna. W razie uporczywych bolów należy ropę aspirować i przemyć jamę przez otwór naturalny lub sztuczny. Powikłania wymagają otwarcia zatoki przez wyrostek zębodołowy lub dołek szczękowy. W sprawach przewlekłych wskazane są zabiegi, usuwające zastój ropy (przerost śluzówki, polipy); jeśli jama nie opróżnia się dostatecznie, należy zatokę przemyć albo wreszcie zrobić stały otwór dla usuwania ropy. W tym celu najlepiej otwierać zatokę przez zębodół lub przez dolny otwór nosowy w znieczuleniu miejscowem z dokładnem usunięciem wszystkich części chorobowo zmienionych.

W dyskusyi przypomina J. Sokołowski o prześwietlaniu promieniami Roentgena w celu rozpoznawczym i podnosi znaczenie grypy w etyologii ropotoków jamy Highmora.

Srebrny twierdzi, że jedyną pewną metodą rozpoznawczą jest przekłucie próbne, połączone z przemyciem jamy; zwraca uwagę na zalecone przez Williana kąpiele elektryczne głowy; za ujemną stronę operacyi doszczętnej w znieczuleniu miejscowem uważa wstrząs nerwowy, jakiego chory doznaje podczas dłutowania kości, nieraz bardzo grubej.

Drozdowicz utrzymuje, że prześwietlanie promieniami Roentgena szybko i bez cierpienia dla chorego rozstrzyga o kształcie i objętości zatok, a w wielu razach pozwala określić nietylko miejsce i rozległość sprawy, lecz i jej jakość.

Gruszczyński zaleca nowokainę do znieczulania miejscowego.

2) St. Tuz: **Spostrzeżenia kliniczne nad próbami tuberkulinowemi sposobem Mantoux i Pirqueta.** Odczyny tuberkulinowe dzieli prelegent na termiczne (Kocha) i miejscowe (Calmettea, Moro, Pirqueta i Mantoux). Podaje szczegółowy opis próby Pirqueta i Mantoux i wykaz 49 przypadków, poddanych jednocześnie obu próbom w oddziale Sokołowskiego. W 9 przypadkach niegruźliczych żadna z prób ani razu dodatnio nie wypadła, a z 31 przypadków gruźlicy tylko u 3 chorych w ostatnim okresie suchot próby wypadły ujemnie. Żadnych powikłań prelegent nie spostrzegał. Prelegent oświadcza się za znaczeniem rozpoznawczem i prognostycznem tych odczynów i wnosi, że wypadają one dodatnio jedynie u osobników, dotkniętych gruźlicą, i występują tem wyraźniej, im sprawa ma przebieg pomyślniejszy. Prelegent jest zdania, że odczyn Mantoux jest czulszy.

W dyskusyi zarzuca Dębiński wszystkim odczynom tuberkulinowym, że wykrywają zarówno gruźlicę czynną, jak i nieczynną. Niektórzy badacze twierdzą, że gruźlicy czynnej od nieczynnej zasadniczo odróżnić nie można; inni sądzą, że odróżnić gruźlicę czynną można przez określenie miana tuberkuliny, mianowicie, jeśli gruźlica oddziaływa na tuberkulinę w rozcieńczeniu powyżej 1%, to uważać ją należy za sprawę czynną. Metody tuberkulinowe mają poważne znaczenie u dzieci, u których zwykle istnieje gruźlica czynna. Odczyn ujemny ma większe znaczenie, niż dodatni. Odczyn dodatni może występować w cierpieniach niegruźliczych, jak dur brzuszny, gościec stawowy i t. p.

A. Sokołowski twierdzi, że odczyn Mantoux jest bardzo czuły (występuje w rozcieńczeniu 1:100,000) i może się przyczynić do wykrycia gruźlicy skrytej. S. sądzi, że metoda tuberkulinowa daje poważniejsze wskazówki, niż rentgenoskopia.

Posiedzenie kliniczne z d. 5 grudnia 1911 r.

1) J. Handelsman: **Badania doświadczalne nad przysadką mózgową.** Mówca pod kierunkiem i przy współudziale Horsleya w Londynie wykonał na psach, kotach

i małpach 62 doświadczeń, które polegały na częściowem lub całkowitem usunięciu przysadki, w celu sprawdzenia, jaki wpływ na ustrój wywiera brak tego gruczołu, i czy jest on niezbędny dla życia zwierząt. Sprawa niezbędności życiowej przysadki nie została jeszcze rozstrzygnięta, ponieważ po zupełnem usunięciu gruczołu lub też pozostawieniu zaledwie drobnych resztek części pośrodkowej lejka zwierzęta żyć mogą czas nieokreślony. Komórki resztek gruczołu po częściowem usunięciu zachowują się, jak komórki prawidłowe; niekiedy w zrazikach części pośrodkowej ilość koloidu jest zwiększona W dwu przypadkach po dość długim okresie po usunięciu przysadki stwierdzono w moczu nieznaczną ilość cukru; w jednym przypadku spostrzegano niedokształt gruczołów płciowych.

W dyskusyi zaznacza Pechkranz, że to, co wywnioskował teoretycznie na podstawie analogii z innymi gruczołami, potwierdziły badania doświadczalne prelegenta. Cukromocz występuje w 2 biegunowo przeciwległych stanach przysadki: w hypopituitaryzmie, wzgl. apituitaryzmie, oraz w hyperpituitaryzmie; być może, że w powstawaniu cukromoczu biorą tu udział i inne gruczoły z wydzielaniem wewnętrznem. P. z pomiędzy 3 opisanych przez siebie przypadków cierpień przysadki w 2 spostrzegał białkomocz, a nawet objawy rozlanego zapalenia nerek (może pochodzenia toksycznego). Wpływ cierpień przysadki na zmiany zanikowe narządów płciowych P. spostrzegał kilkakrotnie i sądzi, że obecnością tych zmian możemy się kierować w rozpoznaniu odpowiednich przypadków.

Bychowski zaznacza, że znamy obecnie dwie postacie chorobowe, zależne od zmian w przysadce mózgowej: akromegalię i tłuszczowo-płciową dystrofię, które można leczyć zapomocą usunięcia przysadki. Doświadczenia prelegenta dowodzą, że chorych takich można poddawać operacyi, gdyż przysadka mózgowa nie jest niezbędnie potrzebna do życia. B. zastanawia się nad wzajemnem oddziaływaniem gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: przy ubytku jednego z nich inne mogą w pewnej mierze go zastępować. Co do cukromoczu, to B. wyraża przypuszczenie, iż cukromocz u ciężarnych może zależeć od powiększonej podczas ciąży przysadki mózgowej.

St. Kopczyński zaznacza, iż fakt występowania moczówki prostej w przebiegu cierpień przysadki potwierdza jego własny przypadek; uważa badania kliniczne nad działaniem pituitryny za doniosłe dla wyświetlenia roli tego gruczołu; wspomina o pomyślnym wyniku zastosowania tyreoidyny w przypadku infantylizmu myksedematycznego, oraz o bezskuteczności pituitryny w chorobie Parkinsona.

Kryński sądzi, że technika usuwania przysadki jest prawie niemożliwa do opanowania; mowca operował pierwszy drogą podniebienną przed kilkunastu laty w pracowni Cybulskiego. Chirurdzy mają do czynienia z przysadką chorą, a więc wniosków ich niepodobna przenosić do fizyologii.

2) F. Malinowski: **Wpływ salwarsanu na kiłę.** Na podstawie własnych blizko 2000 przypadków, leczonych w ciągu $1^1/_2$ roku, prelegent, uważając dalszą obserwacyę nad działaniem salwarsanu przez wiele lat za wskazaną, dochodzi obecnie do wniosków następujących: 1) salwarsan jest znakomitym swoistym środkiem przeciwkiłowym, usuwa szybko objawy przymiotu i może go zupełnie usunąć z ustroju, a przytem działanie tego środka jest nieszkodliwe dla ustroju, w każdym razie nie bardziej szkodliwe, niż tak powszechnie używane inne środki; 2) dla wyleczenia przymiotu należy stosować salwarsan niejednokrotnie, najlepiej w połączeniu z rtęcią i jodem; 3) najlepszą metodą stosowania salwarsanu jest umiejętne wlewanie śródżylne, aczkolwiek w pewnych razach lepsze wyniki dają wstrzykiwania śródmięśniowe; 5) stosowanie Salwarsanu jest przeciwwskazane jedynie wobec ciężkich schorzeń układu krwionośnego, nerek i wątroby.

W dyskusyi zaznacza J. Wojciechowski, że objawy szkodliwego działania salwarsanu okazały się nieco przesadzone; śródżylne stosowanie przetworu uwalnia obecnie chorych od niepomiernych odczynów miejscowych. Spostrzeżenia szpitalne dowiodły skuteczności salwarsanu w owrzodzeniach pierwotnych i słabych postaciach objawów wtórnych; natomiast leczenie tym przetworem wysypek grudkowatych i zmian kilakowatych często zawodzi.

Kopytowski zapatruje się dość sceptycznie na wyższość salwarsanu w porównaniu z rtęcią, nadmienia przytem, że już w parę godzin po wstrzyknięciu lek ten znajduje się we krwi zaledwie w minimalnych ilościach, natomiast nagromadza się w wątrobie; zachodzi więc pytanie, jak w przyszłości ten narząd będzie się zachowywać i jakie w nim zmiany nastąpią.

Trzciński nie zgadza się na to, aby salwarsan przewyższał inne środki przeciwprzymiotowe; nie należy zapominać, że wszystkie objawy przymiotu mają skłonność do samoistnego znikania. Objawy pierwotne znikają po salwarsanie dość szybko, ale nie zawsze; wysypki grudkowate są bardzo oporne; prawdziwy tryumf święci salwarsan w zapaleniu swoistem krtani; na zmiany kostne natomiast działa słabo, a w sprawach mózgowych i rdzeniowych stale zawodzi. W przypadkach późnego przymiotu salwarsan działa efektownie, ale i po jodzie wrzody kilakowate goją się bardzo dobrze. Nawroty po salwarsanie nie są lżejsze, niż po leczeniu rtęcią; parasyfilis nie nadaje się do leczenia salwarsanem, a przyszłość chorych, leczonych jedynie tym przetworem, ze względu na możliwe zmiany parasyfilityczne jest bardzo niepewna.

Flatau na podstawie dotychczasowego doświadczenia dochodzi do wniosku, że w dziedzinie chorób nerwowych na tle przymiotu salwarsan nie jest bynajmniej środkiem zbawiennym, i że, jak dotąd, wpływ jego jest bardzo problematyczny.

Gajkiewicz sądzi, że salwarsan nie ma wpływu na sprawy parasyfilityczne.

T. Borzęcki.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

Posiedzenie z d. 27. maja 1911.

Obecnych 21 członków rzeczywistych. Przewodniczący kol. Czajkowski.

1) Kol. Arnold przedstawił preparat **craniorrhachischisis.** Płód 28 cm długi, zrodzony w VIII miesiącu ciąży.

2) Zatwierdzono budżet na r. 1911, przedstawiony przez Zarząd i przyjęto sposób lokowania funduszów Towarzystwa częściowo w Banku handlowym, częściowo w Towarzystwie pożyczkowo-oszczędnościowem.

3) Zgodzono się zupełnie z poglądem Zarządu, dotyczącym możności występowania Towarzystwa lekarskiego w sprawie budowy szpitala.

4) Kol. Puterman odczytał referat: **O pracowniach prowincyonalnych,** przygotowany dla Zjazdu Łódzkiego. (Referat ukazał się w druku).

W dyskusyi brali udział kol. Weinzieher i Wołkowicz.

5) Polecono prezesowi Towarzystwa, kol. Czajkowskiemu, złożyć na Zjeździe w Łodzi życzenia jubileuszowe Towarzystwu lekarskiemu łódzkiemu w imieniu Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

6) Rozpoczęto dyskusyę nad referatem kol. Wołkowicza: **O lekarzu fabrycznym.**

Kol. Wołkowicz powtórzył treść swojego referatu, poczem wyliczył dezyderaty, do których osiągnięcia, zdaniem jego, powinien dążyć lekarz fabryczny.

Kol. Królikowski wypowiada zdanie, że kol. W. w swoim referacie uwzględnił jedynie sprawę podniesienia dobrobytu lekarza fabrycznego, nie zwrócił jednak zupełnie uwagi na jego położenie hierarchiczne. Pod tym względem wypełnienie żądań kol. Wołkowicza może tylko położenie lekarza fabrycznego pogorszyć. Lekarz zostaje wtedy oficya-

listą, jak każdy inny, w zupełności zależnym od dyrektora zakładu, co nie jest wcale przyjemnem. Poprawa bytu daje się uskutecznić przez podniesienie wynagrodzenia bez uciekania się do najrozmaitszych dodatków. — Kol. Weinzieher zwraca uwagę, że w małych fabrykach pensya z 10-rublowymi dodatkami byłaby wprost śmieszną i każdy fabrykant zaproponowałby lekarzowi obliczenie pensyi ryczałtem, wliczając w nią wszystkie proponowane przez kol. Wołkowicza dodatki. — Kol. Arnold zgadza się, że wynagrodzenie lekarzy fabrycznych jest naogół zbyt nizkie. Kol. Wołkowicz jednak nie dał pod tym względem w swoim referacie żadnych ścisłych danych, nie rozpatrzył dostatecznie czynności lekarza fabrycznego, nie ocenił żądań z punktu widzenia podaży i popytu, nie przedstawił konkretnych sposobów dopięcia swojego »pium desiderium«. Niektóre z żądań uważa mowca wprost za niewykonalne. — Kol. Wołkowicz odpowiada, że dokładnych danych co do stanu materyalnego lekarzy fabrycznych nie mógł przedstawić, ponieważ ze względu na dyskrecyę nie mógł przeprowadzić ankiety. Sprawy taktyki nie poruszał, uważając ją za odrębną. Zresztą nie obstaje bardzo co do niektórych szczegółów; idzie mu o zasadnicze postulaty, jak udział w kasie przezorności i t. p.

Posiedzenie z dnia 24. czerwca 1911 r.

Obecnych 18 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1) Kol. Czajkowski opowiada o przypadku pokąsania przez psa wściekłego, leczonym w maju 1910 r. przez Dra Palmirskiego. Przedwczoraj chory zasłabł z objawami **wodowstrętu.**

W dyskusyi brali udział kol. Dehnel, Królikowski i Kołudzki. Wypowiadano zdania, powątpiewające o bezwzględnej wartości szczepionek przeciw wściekliźnie.

2) Kol. Dehnel przedstawił koniec palca z **wyrwanem** przez maszynę przędzalniczą **ścięgnem** wspólnego zginacza palców, długości 25 cm.

3) Kol. Dehnel odczytał referat: **Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu w ciągu ostatnich 25 lat oraz uwagi o szpitalach prowincyonalnych.** (Referat, odczytany na Zjeździe w Łodzi, ukazał się w druku).

W dyskusyi uczestniczyli kol. Arnold, Weinzieher, Kołudzki, Królikowski, Czajkowski, Puterman, Falkowski. Zwrócono uwagę na przepełnienie szpitali chorymi gruźliczymi i na poruszaną już poprzednio sprawę urządzenia dla takich chorych sanatoryum w okolicy lesistej. Zastanawiano się nad pożytkiem ankiety, w tym celu w swoim czasie proponowanej, a dotychczas nieopracowanej.

Kol. Dehnel podjął się opracować w tym celu na pierwsze posiedzenie powakacyjne referat p. t.: »Racyonalne sposoby walki z gruźlicą w Zagłębiu«.

4) Kol. Weinzieher: **Z kazuistyki sądowo-lekarskiej.** Wspomniawszy na wstępie o niejednokrotnie już wytykanym braku znajomości spraw sądowo-lekarskich śród lekarzy, kol. W. zwraca uwagę na to, iż niejednokrotnie zdarza się i lekarzom niespecyalistom wydawać swoją opinię, od której może zależeć los oskarżonego. Zresztą i lekarze urzędowi pod tym względem nie zawsze zdają sobie dobrze sprawę z ważności swego orzeczenia. Tak się rzeczy mają często co do kwalifikacyi ran na ciężkie i lekkie, co dla oskarżonego jednak wcale nie jest obojętne. Prawo karne rosyjskie przewiduje tylko rany ciężkie lub lekkie, »tertium non datur«, i różnica w wymiarze kary jest ogromna. Gdy za pierwsze grozi pozbawienie praw i zesłanie na Sybir lub kilkuletnie oddziały poprawcze, za drugie najwyższa kara wynosi 4 miesiące więzienia bez pozbawienia praw.

Przypadek mowcy był następujący: Niejaki J. G., l. 26, mieszkaniec wsi Dobieszowice, został pobity przez 3 młodych ludzi z sąsiedniej wsi, Bobrowniki. Na zasadzie opinii lekarzy znawców na śledztwie pierwiastkowem, uznającej rany za ciężkie, sprawcy zostali oddani pod sąd z 1 cz. art. 1483 kodeksu karnego, czyli że trzem młodym ludziom groziła wyżej wspomniana surowa kara. Opinie zaś lekarzy znawców polegały na następującem. Pierwotne świadectwo, wydane przez jednego z lekarzy, na żądanie poszkodowanego, który przyjechał w tym celu do miasta z odległości 2 mil, opiewało w d. 1. VIII. 1906 r. o 2 ranach uwłosionej części głowy, dochodzących do okostnej, i jednej skórnej, z brzegami nierównymi, zadanych w ciągu ostatniej doby narzędziem tępem. Rany zaliczono do kategoryi ran lekkich, przyczem zaznaczono, że wobec możliwości powikłań ostateczna kwalifikacya ran możliwa będzie dopiero po upływie 2—3 tygodni. Następuje w aktach sprawy protokół oględzin sądowo-lekarskich, dokonanych na miejscu, w Dobieszowicach 15. VIII. 1906, czyli w 15 dni po zadaniu ran, przez innego lekarza, który brzmi dosłownie: »G. leży w pościeli w stanie napół przytomnym. C 38°. Źrenice obie mocno rozszerzone, nie oddziałują. Chory głuchy. Na głowie kilka świeżych, miękkich i ruchomych blizn po ranach, zagojonych doraźnie. Drgawek niema. Rany zostały zadane G. 31. VII. Na zasadzie wyżej opisanych oznak wnoszę, że G. cierpi na zapalenie opon mózgowych wskutek otrzymanych uderzeń w głowę. Stan zdrowia chorego bardzo poważny«. Przy czytaniu tego protokołu odrazu wpada w oczy, pomijając już formalną jego stronę, brak pozytywnych danych badania, na zasadzie których możnaby stanowczo rozpoznać zapalenie opon mózgowych. Brak w protokole wzmianki o ilości i jakości tętna, o stanie śledziony i brzucha, o zachowaniu się mięśni karku, o objawie Kerniga, a zatem opuszczono najważniejsze dane, na zasadzie których możnaby chorobę rozpoznać. Przytem doraźne zagojenie ran w ciągu 2 tygodni z pozostałemi ruchomemi bliznami przemawia prędzej przeciw zapaleniu opon mózgowych urazowemu i nasuwa konieczność dokładniejszego zbadania i ściślejszego różniczkowania.

Następny protokół ostateczny, napisany przez trzeciego lekarza 29. IX. 1906, czyli w 2 miesiące po poprzednim, mający już rozstrzygające dla oskarżonych znaczenie pod względem oskarżenia, ale na szczęście, nie osądzenia, ponieważ pod tym względem rozstrzyga orzeczenie znawcy, zaprzysiężonego podczas rozpraw sądowych, opiewa o 3 bliznach ruchomych na głowie, szczegółowo opisanych, następnie dosłownie: »Badany jest głuchy na ucho lewe. Innych uszkodzeń i oznak gwałtu na ciele niema«. Badany oznajmia, że czasami miewa drgawki prawej (?) kończyny lewej, ma nieznaczne obniżenie czucia skórnego górnej i dolnej lewych kończyn. Opinia lekarza: »Na zasadzie danych, otrzymanych przy oględzinach, wnoszę, że blizny są to skutki ran, zadanych czemś twardem, tępem, przed 2 miesiącami mniej więcej. Rany te należą do kategoryi ciężkich, nie zagrażających niebezpieczeństwem życiu, ponieważ wywołały głuchotę na lewem uchu, zmniejszenie funkcyi lewej górnej kończyny«.

Opinia ostatnia opiera się wyłącznie na głuchocie na jednem uchu i opowieści chorego, jakoby czasami miewał drgawki kończyny górnej. Pomijając już to, że nie wolno wnosić o cierpieniu badanego wyłącznie na zasadzie opowieści bez jakichkolwiek danych przedmiotowych, a zwłaszcza, gdy wniosek taki może zaprowadzić kogo aż na Sybir, — nie uwzględniono tutaj, czy głuchota jest w istotnym związku z ranami, czy też nie jest skutkiem jakiego innego cierpienia. Podczas rozprawy sądowej okazało się, że poszkodowany przedstawia się zupełnie zdrowo, słyszy doskonale wszystko, o co go pytają (a zatem niema ciężkiego kalectwa), a co najważniejsze, wyjaśnia, że chorował kilka tygodni, przyczem miał gorączkę, podczas której niezawsze był przytomny, miewał rozwolnienie, i z obu uszu przez jakiś czas ciekła ropa. Przechodził więc typowe ropne zapalenie ucha środkowego, obustronne, które powstało jako powikłanie dosyć zwykłe choroby gorączkowej, sądząc z opowiadania, duru brzusznego, i które doskonale tłómaczy głuchotę na jednem uchu. Aby ropne obustronne

zapalenie ucha środkowego miało być w danym przypadku następstwem ropnego zapalenia opon, powstałego z ran zadanych w głowę, a zagojonych doraźnie, wprost niepodobna przypuścić. Ze wszystkiego było widoczne, że przypadkowo, wkrótce po zadaniu ran, poszkodowany zachorował na dur brzuszny, i ten przypadkowy zbieg okoliczności mógł mieć nader przykre następstwa dla 3 młodych ludzi. Sąd przychylił się do wniosków znawcy sądowego i skazał oskarżonych tylko na kilkutygodniowy areszt.

W dyskusyi brali udział kol. Dehnel, Królikowski i Arnold.

S. Weinzieher (Będzin).

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z d. I. grudnia 1911.

Po zagajeniu przez prezesa Radcę Fr. Chłapowskiego, który odczytuje zaproszenie na wykład kinematograficzny w niemieckiem Towarzystwie lekarskiem, kol. Dr Święcicki podnosi stratę ś. p. kol. Markiewicza w Warszawie. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

1) Kol. Dr Nowakowski przedstawia przypadek **kamicy ślinnej**, połączonej z rozdęciem żył. Po operacyi obrzmienie twarzy ustąpiło. Na zdjętym rentgenogramie widać odpowiednie cienie.

2) Kol. Dr Karwowski przedstawia:

a) chłopca z późną kiłą w wieku dziecięcym (**lues hereditaria tarda**): czasami w przypadkach tych znajdzie się zakażenie nabyte we wczesnem dzieciętwie, nie zaś zakażenie w łonie matki;

b) chorego z zagojoną wreszcie **raną po salwarsanie**; gojenie trwało 15 miesięcy i pozostawiło bliznę twardą, zrosłą z żebrami (wstrzyknięcia dokonano w Berlinie w pierwszych czasach stosowania tego leku);

c) dziewczynę z **toczniem płaskim** całej twarzy; mimo, że postać ta bardzo źle się goi, udało się kombinacyą promieni Roentgena i Finsena doprowadzić do takiego stanu, że zaledwie ślady choroby jeszcze widać;

d) kobietę **z nabłoniakiem nosa**, wyleczonym tylko promieniami Roentgena;

e) przypadek licznych **brodawek** obu rąk, które po naświetlaniu rentgenowskiem (dawka rumieniowa) skurczyły się i po części zupełnie znikły;

f) fotografię chorej **z nabłoniakiem** przed i po naświetlaniu rentgenowskiem; nowotwór znikł zupełnie;

g) fotografię **guzkowej gruźlicy skóry** na ręku u handlarza bydła, u którego zmiany te znikły po dawce rumieniowej promieni Roentgena;

h) fotografię przypadku **półpaśca obustronnego**, zajmującego większą część pleców, piersi i częściowo ramiona;

i) **cystoskop** Wolffa z optyką prostą Zeissa, oznaczającą ogromny postęp i ułatwienie w badaniu pęcherza.

W dyskusyi kol. Dr Święcicki wspomina o półpaścu u kobiet, mającym nieraz łączność z cierpieniem narządów rodnych. — Kol. Dr Łazarewicz omawia technikę wstrzykiwania salwarsanu. — Kol. Radca Dr Chłapowski zaznacza, że półpasiec odpowiada zwojom w trzonie nerwu współczulnego, z którego wychodzą włókna odżywcze (troficzne). — Kol. Dr Karwowski wspomi a o przypadku jednostronnego oślepnięcia po salwarsanie, zastosowanym w kilka miesięcy po zakażeniu; choremu wstrzyknął pewien lekarz w przeciągu miesiąca 3 razy po 0,6 salwarsanu śródżylnie. O ile wpływ na wzrok miał lek, trudno osądzić, nie zbadawszy przypadku osobiście. — Kol. Dr Szuman wspomina o bardzo silnych nerwobólach przy półpaścu, które nieraz trwać mogą i do czterech miesięcy. — Kol. Dr Karwowski potwierdza to, mianowicie przy takich półpaścach, gdzie nie doszło do wytworzenia pęcherzyków i sprawa ograniczyła się do zapalnego zaczerwienienia skóry.

3) Dr Szuman: **O atypowym przypadku maniakalno-depresyjnej psychozy.** Przypadek sprawiał bardzo wielkie trudności przy rozpoznaniu. Ojciec i matka chorego cierpieli na migrenę, kilka osób w rodzinie było chorych umysłowo. Chory przechodził błonicę, kilka lat samogwałt. Był trudny w stosunkach, często zamyślony. W gimnazyum był doskonałym uczniem. Wystąpił i udał się potem do akademii handlowej. Samobójstwo brata, lekarza, skłoniło go do wstąpienia do seminaryum. Opuścił je jednak niedługo i przeszedł na studya prawnicze, ale i te przerwał i wstąpił do banku i t. d. Zajmował się żywo polityką, posądzał wolnomularzy o różne zbrodnie i miał w tym względzie obłęd prześladowczy. Usposobienie chorego bardzo zmienne między przygnębieniem a radością. Za czynnik etyologiczny należy uważać w tym przypadku ciężkie obciążenie.

Dyskusya: Dr Gantkowski zna ten przypadek. Ojciec pochodził z rodziny zdrowej, tylko matka była dziedzicznie obciążona. Wszyscy synowie byli chorzy, jeden głuchoniemy, jeden epileptyk, jeden zginął samobójczą śmiercią, czwartym jest chory. — Radca Dr Chłapowski zwraca uwagę na wielkie znaczenie takich przypadków. W Polsce widzimy je często u kobiet, co też się uwydatnia w dekadenckiej literaturze. Co do rozpoznania, to ważna jest znamienna zmiana usposobienia. Mowca opowiada o przypadku, dotyczącym chorego bardzo inteligentnego, którego zastał w stanie maniakalnym. Chory przeskakiwał z tematu na temat, w egzaltacyi zapewniał, że mowca wraca z wiwisekcyi, mówił o przeszłości, przepowiadał niektóre rzeczy prawdziwe, nazajutrz znów nie wiedział nic, był zbity i przygnębiony. Adam Karwowski.

Poczekalnia lekarza.

(Kilka słów o jej urządzeniu)

podał

Dr Adolf Klęsk.

Za bardzo szczęśliwą myśl uważam poruszenie w ostatnich czasach przez p. Elstera (Tägl. Rundschau) sprawy uposażenia poczekalni lekarza. Sprawą tą zajmuje się też Dr Krauss w »Münchener medizinische Wochenschrift«.

Bardzo ciekawy jest artykuł p. Elstera, jako »laika i pacyenta«. Elster wyszydza urządzenia lekarzy, twierdząc, że zamiast podnosić na duchu chorych, zanudzają ich jeszcze i odbierają nieraz resztki odwagi! Do zajmowania uwagi chorego, czekającego nieraz na przyjęcie godzinami, nie mogą przecież służyć stare gazety, czasopisma ilustrowane z poprzednich lat, lub zniszczone i potłuszczone prospekty miejsc kąpielowych! Niestety zarzuty to zupełnie słuszne!

Podług nas poczekalnia lekarza powinna odpowiadać kilku warunkom: 1) powinna choremu dostarczać pewnej rozrywki, 2) zachęcać czystością, a nie odstraszać brudem, 3) być ew. dla chorego pouczającą.

Co do punktu pierwszego, to zadanie to spełniają dzieła sztuki, ilustracye aktualne, świeże dzienniki i t. p. Natomiast zadania tego nie spełniają denerwujące chorych powiastki kryminalne, nieodgadnione co do myśli obrazy, nudne przewodniki i t. p. Niedawno temu jedno z Towarzystw publicznej opieki zdrowia zaproponowało, by w poczekalniach lekarzy rozrzucać broszury treści popularno-

naukowej z dziedziny higieny. Nie powiedziałbym, by ten projekt był bardzo szczęśliwy. Np. na chorego, w danej chwili bardzo zdenerwowanego i oczekującego wyroku lekarza, nie może działać kojąco np. broszura o bardzo częstem występowaniu gruźlicy i jej strasznych skutkach, o wpływie alkoholizmu na potomstwo i t. p. Takie popularyzowanie dobre jest wszędzie gdzieindziej, ale nie tu właśnie, gdzie chory potrzebuje spokoju i otuchy.

Dowodzić chyba nie potrzeba, że poczekalnia powinna być nader czysto utrzymana. Przecież to chyba straszne, gdy chory brzydzi się u lekarza brać gazetę do ręki! Cóż ma on myśleć o pojęciu czystości samego lekarza? U lekarzy żonatych sprawa ta jest łatwiejszą do rozwiązania, natomiast u nieżonatych porządek w poczekalni zwykle zależy tylko od służącego, który wychodzi znów z założenia, że dla tych kilku godzin nie warto się bardzo trudzić, bo zresztą tam przecież nikt nie mieszka na stałe! A jednak lekarz powinien choćby we własnym interesie właśnie ogromny nacisk kłaść na porządek w poczekalni, bo tu właśnie chorzy, przebywając nieraz bardzo długo, z nudów oglądają wszystkie kąty, krytykują wszystko i dobrze pamiętają. Ważniejszy jednak jest interes samych chorych i z tego względu porządek i czystość są niezbędne.

Co do punktu trzeciego, to po części zlewa się on z poprzednimi. Wiadomo, że lekarze mają często cenne dzieła sztuki, a wielu z nich jest poprostu mecenasami sztuki. O ile możności lekarz powinien mieć w swem mieszkaniu wszelkie urządzenia według nowoczesnych wymogów higieny, a więc wchód jasny, wygodne schody, umywalnie, spluwaczki, widne pokoje, oświetlenie dobre i t. p. Są to rzeczy bardzo znane, ale że u wielu słynnych lekarzy mimo to są poczekalnie w opłakanym stanie, nie powinno być chyba dla innych przykładem. Czyż doda choremu otuchy poczekalnia ciemna, brudna i zakurzona?

Nadają się do poczekalni wszelkie druki towarzystw dobroczynnych, skarbonki na cele humanitarne, a nawet lekarz powinien, mojem zdaniem, osobom nudzącym go, a nie płacącym, podsunąć odpowiednie skarbonki i w ten sposób zwiększyć fundusze filantropijne. Bardzo rozsądnem jest, jak sądzę, umieszczanie w poczekalniach taryfy lekarskiej, o ile ona w danej miejscowości istnieje.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Uniwersytet lwowski w dniu swego 250-letniego jubileuszu mianował 33 doktorów honorowych. Honorowy doktorat medycyny otrzymali: marszałek kraju JE. Stanisław hr. Badeni, namiestnik Galicyi JE. Dr Michał Bobrzyński, Dr J. Babiński w Paryżu, Prof. Dr Ignacy Baranowski w Warszawie, JE. Dr Witold Korytowski, Prof. Dr E. Neusser w Wiedniu. Honorowy doktorat filozofii otrzymali m. i. pani Curie Skłodowska w Paryżu i Prof. Dr August Witkowski w Krakowie

Przebieg wspaniałej uroczystości jubileuszowej w d. 29 b. m. znany jest powszechnie z dzienników.

— »Rocznik lekarski«, wydany przez Wydział lekarski krakowski i Towarzystwo lekarskie krakowskie, a poświęcony przez wydawców Wszechnicy lwowskiej w dniu jej jubileuszu, zawiera następujące prace: 1) St. Ciechanowski: Meningitis cystica. 2) K. Gliński: W sprawie pochodzenia nowotworów mieszanych (t. zw. mięsaków groniastych) pochwy wraz z opisem własnego przypadku. 3) Koźniewski: Działanie toksyczne tuberkuliny, wprowadzanej przez drogi oddechowe. 4) A. Wrzosek: Edmund Biernacki w pierwszych latach swej działalności naukowej. 5) L. Wachholz: Z przeszłości Wydziału lekarskiego Wszechnicy lwowskiej. 6) A. Krokiewicz: Z dziedziny badań nad rakiem. Autohemoterapia a raki. 7) St. Skudro: Zachowanie się leukocytozy w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc. 8) Z. Radliński: W sprawie dyagnostyki czynnościowej nerek. 9) F. Nowotny: Bronchoskopia i leczenie na tej drodze dychawicy oskrzelowej. 10) W. Bujak: Dwa przypadki zapalenia opon mózgowordzeniowych u dzieci, wywołanego przez prątka grypy rzekomej (pseudoinfluenza). 11) B. Wicherkiewicz: Krwotoki wśródgałkowe zwłaszcza wyrzucające po operacyach zaćmy i przypadek samoistnego pęknięcia gałki wskutek wewnątrzgałkowego krwotoku. 12) K. W. Majewski: Scotoma heliecliptícum w związku z ostatniem zaćmieniem słońca. 13) F. Krzyształowicz: Histologia pokrzywki guzkowej trwałej (urticaria papulosa perstans). 14) O. Bujwid: Dalsze doświadczenia nad odkażaniem zapomocą rozcieńczonego alkoholu. 15) J. Olbrycht: Wykrywanie śladów krwawych zapomocą epimikroskopii.

»Rocznik«, obejmujący przeszło 200 stronic druku i zawierający 6 tablic, poczęści kolorowanych, otrzymają wszyscy czytelnicy »Przeglądu« w czasie najbliższym. Zeszytem tym zamyka się tom II tego wydawnictwa.

— Wspaniały zeszyt jubileuszowy (Nr 22), obejmujący 10 arkuszy tekstu, poświęcił Wszechnicy lwowskiej »Tygodnik lekarski«. Zeszyt ten wypełnia 28 artykułów oryginalnych, które napisali: W. Szumowski, L. Popielski, G. O. Wileńko, J. Prus, J. Hornowski, W, Sieradzki, Leon Feuerstein, N. Gąsiorowski, J. Lenartowicz, W. Nowicki, A. Gluziński, J. Wiczkowski, W. Ziembicki i B. Sabat, J. Raczyński, St. Progulski, St. Czarnik, J. Berlstein, L. Rydygier, B. Sabat, A. Mars, A. Czyżewicz, E. Machek, W. Reis, J. Hołodyński, J. Papée, A. Cieszyński, G. Modrakowski.

— Mnogie prace treści lekarskiej zawiera »Księga pamiątkowa Uniwersytetu lwowskiego«, wydana przez Wszechnicę lwowską w 2 dużych tomach, ale jeszcze nie oddana w ręce szerszych kół czytelników.

— »Gazeta lekarska« poświęciła osobny okazały zeszyt (Nr 21) Uniwersytetowi lwowskiemu. Zeszyt ten, obejmujący 6 arkuszy druku i 5 tablic, wypełniają prace prof. Cybulskiego, doc. Hornowskiego, prof. Popielskiego, doc. Pruszyńskiego, Dr Rzętkowskiego i Dr A. Sokołowskiego, oraz streszczenia zbiorowe, dotyczące przeważnie badań, dokonanych w Uniwersytecie lwowskim.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Jan Dłutek, rodem z Mileszek w Królestwie Polskiem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. V. do 25. V. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (obcych 1 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 16 † — (1 † —), płonicy —, odry — † — (1 † —), duru brzusznego 1 † — (1 † —), róży 2, ospy prawdziwej 2, zap. przyusznicy 2. Dr Janiszewski.

Warszawa. W d. 25., 26. i 27. V. b. r. odbył się we Włocławku Zjazd higieniczny, urządzony przez Warszawskie Towarzystwo higieniczne. Był on piątym z kolei; poprzednie odbyły się w Warszawie, Lublinie, Częstochowie i Kaliszu.

Z różnych stron. »Lijecnićki Vijesnik«, organ Towarzystwa lekarzy chorwackich (Zbor lijecnika kraljevina Hrvatske i Slavonije) wydał na jubileusz Towarzystwa lekarzy słoweńskich (Drustvo zdravnikov na Kranjskem) okazały zeszyt pamiątkowy, zawierający oprócz orędzia Towarzystwa lekarzy chorwackich do Towarzystwa lekarzy w Krainie 20 artykułów i wiadomości ze szpitali w Krainie.

— Nakład »Münchener medizinische Wochenschrift« doszedł 14.300 egzemplarzy. Grono wydawców ofiarowało w r. b. z czystych zysków na cele dobroczynno-lekarskie 15.990 marek oprócz 5000, przelanych do funduszu im. Bollingera.

— »British medical Association«, jednolite Towarzystwo lekarzy angielskich, do którego należą także lekarze w koloniach, liczyło w r. 1911 — 25301 członków i posiadało przeszło 3 miliony koron majątku.

— Prof. Koranyi celem zwalczania gruźlicy podał myśl zakładania po wsiach domów, w których przebywać będą dzieci rodziców chorych na gruźlicę. Dwóch magnatów węgierskich ofiarowało w swych dobrach na ten cel domy. Dzieci z domów tych mogą chodzić do szkół i widywać się chwilowo z rodzicami. X.

— Ankietę w sprawie leczenia nowotworów złośliwych promieniami Röntgena rozpisała »Med. Klinik«. Chodziło o odpowiedzi na następujące pytania: 1) Które nowotwory nadają się najlepiej do tego leczenia; 2) jakie usadowienie nowotworu jest najkorzystniejsze dla leczenia; 3) czy i jaka ew. kombinacya z innymi sposobami leczenia jest dobra; 4) przeciwwskazania; 5) uszkodzenia; 6) skutek odwrotny t. j. pobudzenie do wzrostu;

7) trwałe wyniki. Odpowiedzi były przeważnie do siebie podobne. Nadają się do leczenia nowotwory powierzchowne, dalej twardziel, guzy białaczkowe i t. p. Najlepszą kombinacyą jest operacya i prześwietlanie ew. z uciskiem. Uszkodzenia obecnie są niezmiernie rzadkie, podobnie nagły wzrost guza wśród leczenia lub rozsiewanie się nowotworu. Trwałe wyniki osiąga się nieraz przy rakach, zwłaszcza skórnych, mięsakach skóry i mięśniakach macicy, dalej przy twardzieli i grzybicy guzowatej. K.

— Władze szkolne w Bawaryi wydały rozporządzenie, zakazujące uczniom grać w piłkę nożną ze względu na niebezpieczeństwa z tą grą połączone. Dzienniki niemieckie zajęły stanowisko przeciwne, twierdząc, że gra ta jest bardzo zdrowa i nie przedstawia wcale większych niebezpieczeństw, niż np. ślizgawka, saneczki i t. p. X.

— W katedrze anglikańskiej w Chicago dziekan ogłosił, że odtąd dawać będzie śluby tylko takim parom narzeczeńskim, które wykażą się lekarskiem świadectwem zdrowia. Mimo protestów innych duchownych, dziekan wytrwał na swojem stanowisku, a publiczność przyjęła to przychylnie. K.

— Spitta przeprowadził badania lejków ustnych telefonów i twierdzi, że nawet w sanatoryach dla gruźliczych nie udało mu się nigdy stwierdzić tam prątków, tak że możność zakażenia tą drogą wyłącza. K.

— Badania nad dziećmi pijaków w szkołach przeprowadził Schlesinger. Mianowicie zbadał on 200 słabo rozwiniętych dzieci t. zw. szkół pomocniczych i przekonał się, że w 30% wykazać się dało u rodziców nadużywanie trunków. W wywiadach u chorych umysłowo spotyka się w 60% alkoholizm rodziców (Bourneville). W rodzinach alkoholików spotyka się 12·5% poronień i 38·8% wczesnych zgonów. Dzieci alkoholików w 66% są źle rozwinięte fizycznie, okazując bardzo często różne piętna (»stigmata«), cierpią na drgawki, padaczkę i inne cierpienia nerwowe, nie mają wcale pojęć moralnych, a są skłonne do złych nałogów, zwłaszcza zaś do alkoholizmu, o czem już wspominał Plutarch. Widoki pokierowania takiemi dziećmi są bardzo słabe, zwłaszcza o ile dzieci pozostają nadal w domu w złem otoczeniu. Klęsk.

Odznaczeni: Dr Kajetan Horoch w Wiedniu orderem żelaznej korony III klasy.

Zmarli: Dr Saturnin Kleczkowski, w 71 r. ż. w Paryżu; ś. p. Kleczkowski był w r. 1863 adjutantem generała Ramotowskiego, następnie emigrował do Belgii, ukończył studya inżynierskie w Gandawie, poczem studyował medycynę w Paryżu; praktykował w Epoisse, Semur, w końcu w Grand Fresnoz (dep. Oise); Dr Władysław Ratułd, niegdyś asystent Gałęzowskiego, organizator kursów okulistycznych w Teheranie, później okulista w Paryżu, zmarł w Petersburgu;

okulista prof. Bach w Marburgu.

Redakcya otrzymała: Falgowski: 1) Zur Frage der Tuberkulose. »Verh. d. deutsch. Ges. Gynäk. 1911. 2) O zapalnych zachorzeniach przydatków macicy łącznie z zapaleniem przymacicznem i omacicznem. »Gaz. lek.« 1912. — Hornowski: 1) Układ chromochłonny a złośliwe nowotwory. 2) O śmierci nagłej w związku z zaburzeniami w czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. »Tyg. lek.« 1912. 3) O wzajemnym stosunku grasicy i nadnercza. »Nowiny lek.« 1912. — Ashkenazy: Jak działają kąpiele kwasowęglowe i borowinowe, oraz picie wód krynickich? »Nasze Zdroje« 1912. — Prof. Zaleski: K woprosu o zaszczitie ruskoj promislennoj sobstevennosti po chimiczeskim proizwodstwam. Petersburg 1912. — Łoziński: Über die Malpighischen Gefässe der Myrmeleonidenlarven als Spinndrüsen. »Zool. Anzeiger« T. 38. — Skalski: Trzynastolecie monopolu wódczanego w Królestwie Polskiem. »Zdrowie«. 1912.— Momidłowski: O śmiertelności dzieci w Galicyi i sposobach jej zwalczania. Kraków 1912. (Nakładem autora). — I. Jugosłowiański sastanak za operativnu medicinu. (Pamiętnik I Zjazdu chirurgów południowosłowiańskich) Beograd 1911. Stron 538. — Krzyształowicz: 1) O ropnych zapaleniach skóry. »Nowiny lek.« 1911. 2) O wlewaniach śródżylnych salwarsanu. 3) Obraz histologiczny zmian w naciekach kiłowych po wstrzykiwaniach salwarsanu. »Przegląd chorób skórnych i wen.« 1911/12. 4) Die Histologie der syphilitischen Infiltrate nach Salvarsananwendung. 5) Über die intravenösen Infusionen von Salvarsan. »Monatsh. f. praktische Dermatol.« 1911.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 5. Cena 2·25 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Program wydawnictwa przeznacza do zeszytu majowego choroby nerwowe i umysłowe. W tym roku z zakresu chorób nerwowych przynosi zeszyt majowy rozprawę doc. Marburga: »O stosunku gruczołów naczyniowych do układu nerwowego«, z zakresu zaś psychiatryi rozprawę prof. Binswangera: »O wrodzonej tępocie umysłowej w wieku dziecięcym«, prof. Bergera: »Psychozy afektywne i otępienie przedwczesne«, oraz ogólny przegląd ostatnich zdobyczy psychiatryi.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1912:

Gazeta lek. Nr. 18—21: Higier: Uczucie bolu w narządach wewnętrznych (18—19). — Szmurło (dok. 18). — Oczesalski i St. Sterling: Badania doświadczalne nad wpływem upustów i zastrzykiwań krwi pod otrzewnę na liczbę i odporność krwinek czerwonych (19—20). — Dunin-Karwicka: O tak zwanej bronchiolitis obliterans (20—21). — Uniwersytetowi lwowskiemu w 250-tą rocznicę założenia (21). — Medycyna na tle historyi Uniwersytetu lwowskiego (21). — Cybulski: Prądy elektryczne w mięśniach czynnych, ich charakter i źródło (21). — Hornowski: O miażdżycowem twardnieniu tętnic, wywołanem przez przeszczepianie nadnerczy (21). — Popielski: Wazodilatyna, cholina β, imidazotylaethylamina (β J) i ich wzajemny stosunek (21). — Pruszyński: Zjawiska elektryczne w sercu pod wpływem morfiny i apomorfiny (21). — Rzętkowski: O odchylaniu dopełniacza przez surowicę chorych na zachorzenia tarczycy z antygenem tarczycowym (21). — Sokołowski: Czy ludność żydowska częściej niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne i niektóre inne choroby dróg oddechowych? (21).

Medycyna i Kronika lek. Nr. 18—21: Bregman: O obustronnem porażeniu splotu ramiennego postaci Duchenne-Erba (18). — Hertz (dok. 18). — W. Sterling: Leczenie promieniami Röntgena (19—20). — K. Tokarski: Przypadek niedokrwistości postępującej (19). — Zawadzki: Przyczynek do chirurgii zwoju Gassera (20). — Jakimiak: Organizacya pracy w szpitalach niemieckich (18—20). — Zamenhof: Radiografia w chorobach uszu (21).

Tygodnik lek. Nr. 18—21: Hornowski (dok. 18). — Nowicki (dok. 18). — Klarfeld (dok. 18—20). — Toczyski: O wpływie dioniny na zachowanie się źrenicy i ucisku śródgałkowego oczu prawidłowych (19—20). — Zubrzycki: Odczyn Wassermanna z surowicami krwi kobiet cierpiących na drgawki porodowe (21).

Nowiny lek. Nr. 5: Kraszewski: Cukry w wydzielinach ludzkich. — Klęsk: Psychologia chorych nieuleczalnych wzgl. cierpiących na przewlekłe słabości.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Zesz. I.: Osiński: Badania nad epidemią gorączki powrotnej w Warszawie w r. 1907 (c. d.).

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt III. Tom VI.: H. Jastrzębski: Przyczynek do rozpoznawania i operacyjnego leczenia ciąży zewnątrzmacicznej w drugiej połowie tejże. — Ant. Leśniowski: Leczenie ropniaków jajowodów.

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 1. 2. 3. J. Wojciechowski: Arszenik w istniejącej półtora roku torbieli, powstałej po zastrzyknięciu salwarsanu. — Serkowski (c. d.).

Zdrowie Z. 5: Odezwa Warsz. Towarzystwa hig. w sprawie budowy własnego gmachu. — Kon-Feldblumowa: Walka z próchnicą zębów u młodzieży szkolnej. — Koszutski: Stan sanitarny mieszkań piwnicznych w m. Kaliszu. — Dudrewicz (dok.). — Zawadzki (c. d.).

Kronika dentyst. Nr. 5: Zawidzki (c. d.). — Krakowski Z kazuistyki dentystycznej.

Głos lekarzy Nr. 10—11: Mikołajski: Ankieta w sprawie wydawania świadectw i orzeczeń lekarskich w szpitalach (10).— Kuhn: Rozszerzenie jaglicy w kraju i drogi do jej zwalczania (10). — Mikołajski: Dur brzuszny we Lwowie (11). — Umowa z Towarzystwami ubezpieczeń na życie. (11). — W sprawie stosunków w Kulparkowie. (11). — Wynagrodzenie lekarzy sądo-

wych w sprawach cywilnych. (11). — Pouczanie kandydatów stanu nauczycielskiego o sprawie alkoholizmu.

Słowo lek. Nr. 9: Stan szpitali krajowych i powszechnych (c. d.). — Wł. Nowak: Jeszcze słów kilka w sprawie funduszu im. Jordana i kasy pogrzebowej. — W sprawie projektu ustawy prasowej. — Luster (dok.).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr. 3. Wąsowicz: Dr Józef Merunowicz (wspomnienie pośmiertne). — Połąga. — Kwestyonaryusz w sprawie wydzierżawienia Krynicy.

Nasze Zdroje Nr. 9—10: Dwie odezwy na jeden temat (9). — Kubik (dok. 9). — Ashkenazy: Jak działają kąpiele kwasowęglowe i borowinowe oraz picie wód krynickich? (9—10).— Vesely: Lekarz kąpielowy (9). — Nowe widnokręgi dla zdrojowisk (9). — Tarnawski: Do klimatologii zdrojowisk, a szczególnie Kosowa słów kilka (9). — Wody szczawnickie, ich skład i działanie lecznicze (10). — Szpanbok: Przyczynek do metodyki światłoleczniczej (10).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędą się **we środę d. 5. i 14. czerwca 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym dwa wykłady Dr M. Blassberga: O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego.

Rok LI. Kraków, dnia 8. czerwca 1912. Nr 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali*)

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

Za wskazania do przerwania ciąży uważalibyśmy natomiast te przypadki pląsawicy, które wykazują mimo leczenia wyraźną skłonność do postępu, te, w których pląsawica powikłana jest wysoką gorączką, zajęciem narządów wewnętrznych (serce), lub ogólnem wyniszczeniem ustroju, a wreszcie i te, w których objawy psychiczne spotęgują się do tego stopnia, że przechodzą w typową już chorobę umysłową z objawami silnej depresyi lub maniakalnego podniecenia z zamroczeniem, albo w bredzenie z licznymi omamami, złudzeniami i gwałtownemi wyrzucaniami pląsawiczemi.

A przerwanie to w tych przypadkach tem chętniej zalecać będziemy, że, jak doświadczenie poucza, wszystkie te objawy bardzo szybko znowu się cofają po usunięciu płodu z ustroju matki. Lepsze rokowanie daje przerwanie ciąży powikłanej pląsawicą w pierwszych miesiącach, aniżeli w późniejszych. Wywołanie bowiem przedwczesnego porodu, zawsze zresztą z większemi połączone trudnościami, jest zwłaszcza w przebiegu pląsawicy dla kobiety daleko niebezpieczniejszym zabiegiem, aniżeli wzniecenie poronienia.

Z psychozami rzucawkowemi spotykają się psychiatrzy na ogół bardzo rzadko. Nie sądzimy jednak, ażeby psychozy rzucawkowe były rzeczywiście tak rzadkiemi chorobami umysłowemi. To, że stosunkowo rzadko wspomina się o nich w literaturze neurologiczno-psychiatrycznej, to należy niewątpliwie odnieść do tego, iż rzucawka jest chorobą wchodzącą »par excellence« w zakres leczenia ginekologów i położników, a tym znowu, jako nie specyalistom w zakresie psychiatryi, uchodzą prawdopodobnie bardzo często drobne zaburzenia psychiczne. Olshausen [1]) tłómaczy to sobie tak, że psychozy rzucawkowe przebiegają zwykle tak szybko, iż nie poświęca się im z tego powodu dużo uwagi, a prędkie wyzdrowienie chorych jest przyczyną, iż nie stanowią one materyału zakładów dla umysłowo-chorych.

[1]) Ueber Eklampsie. Sammlung klin. Vorträge. 1892.
Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speziell den nach Eklampsie auftretenden. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1892. Tom 21.

Według różnych statystyk stanowią psychozy rzucawkowe zaledwie 3—5% wszystkich psychoz porodowych, a według Martina, Brauna, Olshausena i innych pojawiają się w przebiegu rzucawki jedynie tylko w 2—8% przypadków tej właśnie choroby. Siemerling [1]) i Olshausen wspominają także o peryodycznie mnogiem występowaniu psychozy rzucawkowej. Psychoza ta pojawia się częściej u pierwiastek, niż u wieloródek, pod koniec ciąży lub w drugiej połowie czasu jej trwania, i to po jednym już lub kilku dopiero napadach rzucawkowych, a utrzymuje się zwykle tylko kilka dni, czasem kilka tygodni, a wyjątkowo tylko dłużej, według Olshausena, czasem i kilka nawet miesięcy.

Mniej lub więcej silne zamroczenie, liczne urojenia i omamy przedewszystkiem wzrokowe i słuchowe, podniecenie szałowe, perseweracye i automatyzmy (Quensel), utrudnienie w zdobywaniu i zapamiętywaniu wrażeń, zaburzenia w biegu myśli obok zmienności w nasileniu zamroczenia (E. Meyer) [2]), niemożność skupienia uwagi, która się daje łatwo odprowadzić w każdym kierunku (Anton [3]), Heilbronner [4]), Kutrinski) [5]) i urojenia prześladowcze (Olshausen), są głównymi objawami tej choroby umysłowej, która się rozwija na tle samozatrucia. Heilbronner wspomina także i o wybitnej gadatliwości obok względnego zahamowania ruchowego we wszystkich innych grupach mięśniowych w jednym ze swoich przypadków.

Psychozy rzucawkowe przechodzą prawie zawsze, czasem nawet i bez jakiegokolwiek leczenia, pozostawiając jedynie tylko mniej lub więcej zupełną niepamięć napadów rzucawkowych, całego czasu trwania choroby, a czasem nawet i faktów, jakie zdarzyły się na długi czas przed rozpoczęciem się choroby (Anton).

[1]) Graviditäts- u. Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik. T. VI. 2.
Siemerling u. Binswanger, Lehrbuch der Psychiatrie. Jena, 1907.
[2]) Die Puerperalpsychosen. Archiv. für Psych. u. Neurol. T. 48, z. 2.
[3]) Ueber Geistes- u. Nervenkrank. in der Schwangerschaft, im Wochenbett u. in der Säugungszeit. Veit's Handb. der Gynäkol. Wiesbaden 1910.
[4]) Studien über eklamptische Psychosen. Monatsch. für Psych u. Neurol. T. 17.
[5]) Über eklamptische Psychose. Charité Annal. T. 33. Ref. Jahresb. f. Neurol. u. Psych. 1909.

Toteż psychozy rzucawkowe same jako takie nie stanowią prawie nigdy wskazania do przerwania ciąży, a należy je brać zawsze w związku z napadami rzucawkowymi przy rozważaniach nad niemi, jako wskazaniami. I tak, o ile psychoza rzucawkowa pojawi się pod koniec ciąży, to wówczas zupełnie niezależnie od tego, czy się ona rozwinęła po jednym, czy po kilku napadach rzucawkowych, zawsze będzie wskazaniem do ukończenia ciąży, ponieważ przez przyspieszenie porodu zapobiegniemy występowaniu dalszych napadów rzucawki porodowej, a płód w tym czasie i tak urodzi się już żywy.

O ile jednak psychoza ta pojawi się w pierwszych miesiącach ciąży, to jeśli ona będzie tylko następstwem jednego napadu rzucawki lub kilku wprawdzie, ale takich, które występują w dużych odstępach czasu i są niezbyt silne, to wówczas nie daje ona jeszcze wskazania do wzniecenia poronienia, lecz do leczenia łagodzącego. O ileby jednak napady rzucawki spotęgowały się i co do częstości i co do nasilenia, to podobnie, jak te napady, tak i towarzysząca im psychoza rzucawkowa staje się bezwzględnem wskazaniem do przerwania ciąży.

Z kolei przechodzimy obecnie do omawiania wskazań w padaczce i histeryi. Spostrzeżenia kliniczne wskazują nietylko na pewną łączność między czasem pojawiania się, częstością i nasileniem poszczególnych napadów histerycznych i epileptycznych (Curschmann)[1], a każdorazową ciążą, lecz i na to, że choroby te niejednokrotnie w czasie ciąży dopiero po raz pierwszy się ujawniły (Gowers[2], Mayer), albo naodwrót z pierwszą ciążą ustąpiły na zawsze, lub też na dłuższy przynajmniej przeciąg czasu (Binswanger)[3]. Według Nerlingera[4]) w 21% przez niego podanych przypadków znikały napady padaczkowe w czasie ciąży, w 36% zaś bywały one i częstsze i daleko silniejsze. Tarnier[5]) podaje, że w połowie mniej więcej wszystkich przypadków następuje chwilowe polepszenie podczas ciąży, w jednej czwartej natomiast znaczne pogorszenie.

Czy tu jednak za przyczynę tych chorób uważać należy pewne zaburzenia fizyczne w ustroju kobiety, idące w parze z ciążą, czy też ów silny uraz psychiczny, z jakim niewątpliwie połączone jest każde zajście w ciążę, a zwłaszcza nieślubne, tego naszem zdaniem bezwzględnie rozstrzygnąć nie można. W każdym razie skłaniamy się raczej do przypuszczenia, że na choroby te zapadają jedynie tylko kobiety z wrodzoną lub nabytą skłonnością do chorób nerwowych lub umysłowych wogóle, a tych, o których mowa, w szczególności. Samą zaś ciążę, towarzyszący jej uraz psychiczny i idące z niemi w parze wyczerpanie fizyczne uważalibyśmy za przypadkowy tylko czynnik wywołujący, wyzwalający pierwsze objawy utajonej choroby.

Jakkolwiek więc już z tego widoczna jest pewna zależność padaczki od ciąży i jakkolwiek ciąża według niektórych autorów, jak Binswangera, E. Meyera i innych, ujemnie wpływa na przebieg padaczki, to jednak pojedynczych napadów padaczkowych bez względu na to, czy one poraz pierwszy dopiero ujawniły się w przebiegu ciąży, czy też padaczka istniała już dawniej, t. j. przed zajściem kobiety w ciążę, nie będziemy uważać za wskazania do przerwania ciąży. A to dlatego, że owe pojedyncze i rzadko pojawiające się napady nie mają jakiegoś większego szkodliwego wpływu na ustrój kobiety, a nadto wznieceniem poronienia lub przedwczesnego porodu nie zdołamy w większości przypadków usunąć doszczętnie choroby, ani też czasem nawet wpłynąć dodatnio na zmniejszenie się liczby i natężenia poszczególnych napadów.

Z tego samego powodu nie będziemy przerywać ciąży i w przypadkach ostrej psychozy padaczkowej — według Antona szczególnie często występującej w tym właśnie okresie porodowym — i to bez względu na to, czy ona jest zamroczeniem przed, czy po-padaczkowem, czy też tylko równoważnikiem napadu padaczkowego. Właściwe wskazanie do przerwania ciąży daje padaczka dopiero wówczas, gdy jej napady tak się spotęgują i co do częstości i co do siły, że w następstwie tych napadów grozi kobiecie zejście śmiertelne, albo też przynajmniej trwałe upośledzenie jej zdrowia.

Toteż większość autorów, a między innymi Pick[1]), Binswanger, Alzheimer, Neu[2]), uważają stan padaczkowy (status epilepticus) za bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży.

My jednak uważamy za wskazanie do przerwania ciąży i te nawet przypadki, w których z poprzednio przebytych już ciąż wynika, iż każdorazowe zajście kobiety w ciążę połączone było z ponawianiem się napadów padaczkowych lub przejściowych zamroczeń padaczkowych, które bardzo ujemnie wpływały na władze umysłowe ciężarnej, sprowadzając za każdym razem coraz to większe ich upośledzenie.

Ponieważ jednak przerywanie ciąży u kobiety z zamroczeniem padaczkowem nie jest zabiegiem obojętnym, a nawet naraża taką chorą z silnem podnieceniem i niepokojem na łatwe zakażenie z wszystkiemi towarzyszącemi mu przykremi następstwami, a ewentualnie nawet i zejściem śmiertelnem, przeto nie zalecamy przerywania ciąży w podobnych przypadkach w czasie samego zamroczenia

O ile jednak na podstawie ścisłych wywiadów zupełnie jesteśmy pewni, że kobieta podczas całego czasu trwania poprzednich ciąż dostawała kilkakrotnie napadów z zamroczeniem padaczkowem i upośledzeniem władz umysłowych w następstwie tych zamroczeń, to możemy zalecić w takim przypadku przerwanie obecnej ciąży zaraz po pierwszym napadzie psychozy, by nie dopuścić do dalszych zamroczeń i jeszcze większego upośledzenia władz umysłowych. Nie zalecamy zaś przerwania ciąży przed pojawieniem się pierwszego zamroczenia padaczkowego dlatego, ponieważ — o czem zresztą jeszcze potem — nie uznajemy tak zwanego zapobiegawczego przerywania ciąży w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Oczywiście i tu znowu nie brak zdań przeciwnych.

---

1) Ueber eine während der Gravidität rezidivirende Epilepsie. Münch. med. Woch. Nr 26.
2) Handbuch der Nervenkrankheiten. Bonn.
3) Die Epilepsie. Nakł. Hölder. Wiedeń.
4) Ueber Epilepsie. Inaug. Dissert. Strasburg.
5) Cyt. przez E. Meyera: Puerperalpsychosen. Archiv. für Psych. u. Neurol. 1911.

1) Zur Frage nach der Berechtigung künstlicher Unterbrechung der Gravidität behufs Heilung von Psychosen. Wiener med. Wochensch. 1905. Zeszyt 2.
2) Epilepsie und Gravidität. Monatsch. für Geburtsh. und Gynäkol. 1907. T. 26.

Tak np. Quensel nie widzi wcale w padaczce wskazania do przerywania ciąży, W. Runge [1]) żąda, aby nawet w przypadkach ciężkich i groźnych leczyć przedewszystkiem łagodząco (paliatywnie), a ciążę przerywać dopiero po bezskutecznem wyczerpaniu wszelkich środków leczniczych, a Sachs [2]) i Przybylski [3]) nie widzą nawet w stanie padaczkowym wskazania do przerwania ciąży, przyczem pierwszy z nich zaleca w takich przypadkach przedewszystkiem zupełny spokój i usuwanie wszystkiego, co mogłoby chorą podniecić lub rozdrażniać, drugi zaś podawanie wielkich ilości NaBr wewnętrznie.

Psychozy histeryczne pojawiają się w okresie porodowym stosunkowo rzadko. I tak n. p. według Quensla obejmują one zaledwie 3%, według E. Meyera 9·7%, a według zestawienia innych statystyk, dokonanego przez W. Rungego 11·8% wszystkich psychoz porodowych. Zaznaczyć jednak należy, że według samego W. Rungego największa odsetka tych psychoz przypada na okres ciąży, bo z jego 13 przypadków 7 razy, a zatem 58·85%. Na ową częstość pojawiania się histeryi w przebiegu ciąży zwraca szczególną uwagę Runge, a to dlatego, że przebiega ona bardzo często bądź pod obrazem depresyi, tak zwanej histero-melancholii Fürstnera, (o wybitnem przygnębieniu w przebiegu histeryi wspomina także i Quensel), bądź też pod obrazem histerycznych stanów zamroczenia z dezoryentacyą, nierozpoznawaniem osób, omamami wzrokowymi i słuchowymi, a stąd stać się może ona łatwo przyczyną pomyłek rozpoznawczych i fałszywych wskazań do przerwania ciąży.

Jakkolwiek bowiem psychozy histeryczne stosunkowo najczęściej jeszcze pojawiają się w okresie ciąży w przeciwstawieniu do dwóch innych okresów porodowych, to jednak w wyjątkowych tylko przypadkach mogą one dawać wskazanie do przerwania ciąży. A to wtedy mianowicie, gdy, jak w przypadku spostrzeganym przez Valenta [4]) i Krafft-Ebinga, objawy jej tak się spotęgują, że grożą zupełnem wyczerpaniem tak fizycznem jak i psychicznem kobiecie ciężarnej, które budzi nawet obawy zejścia śmiertelnego kobiety przed ukończeniem ciąży.

Kraus [5]) widzi wskazanie do przerwania ciąży i tam, gdzie kobiecie grozi utrata życia w następstwie częstych zamachów samobójczych, przed których lekceważeniem ostrzega również i W. Runge, podnosząc, że są one bardzo często poważnie i seryo pomyślane.

Pick, który utrzymuje, że w każdym prawie przypadku histeryi można uzyskać na drodze psychoterapii zadowalniające wyniki leczenia, nie staje mimoto wobec histeryi na stanowisku jednostronnie dogmatycznem, lecz sądzi, że i w tej chorobie o przerwaniu ciąży rozstrzygać powinno jedynie tylko nasilenie objawów histerycznych.

Większość jednak autorów, a między nimi Winkel, Mendel [6]), E. Meyer, Wagner, nie widzi w histeryi żadnego wskazania do przerwania ciąży.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Die Generationspsychosen des Weibes. Archiv. f. Psych. u. Nervenk. T. 48. Nr 2.

[2]) Status epilepticus und Schwangerschaft. Monatschr. f. Geburtsh. Tom 32, Nr 6. Ref. Jahresb. für Psych. u. Neurol. 1910.

[3]) Status epilepticus w przebiegu ciąży. Przegląd lekarski. Kraków 1906, marzec.

[4]) Ein Beitrag zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft aus psychopatischen Gründen. Arch. f. Gynäkol. Tom 49, 1895.

[5]) Die Berechtigung der Vernichtung des kindlichen Lebens mit Rücksicht auf Geisteskrankheit der Mutter. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Marhold. T. 3, Nr 6 i 7.

[6]) Geisteskrankheit und Ehe. »Krankheiten und Ehe«. I. F. Lehmann, Monachium. 1904.

Z pracowni Chemii fizyologicznej przy Cesarskiej Akademii Wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

Przyczynek do charakterystyki ciał białkowych mięsa ryb.

Podał
Mag. farm. Leopold Próchnicki

Dla mieszkańców północnych części Europy, Azyi i Ameryki, gdzie klimat nie sprzyja roślinom i ziemia nie może dostarczyć potrzebnej ilości produktów, ryby służą za obfite źródło pożywienia i stanowią poważną gałąź przemysłu.

Do państw, przodujących na międzynarodowym rynku w handlu rybami, należy i Rosya, która zajmuje tu trzecie z rzędu miejsce po Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej i po Wielkiej Brytanii [1]). Rosya rokrocznie otrzymuje bogaty plon z europejskiej i azyatyckiej części państwa, ogółem 33 miliony pudów najróżniejszych gatunków ryb, wartości 80 milionów rubli.

Mięso ryb, jako materyał żywnościowy, ma doniosłe znaczenie dla człowieka i od najdawniejszych czasów używane było wśród różnych narodów.

Prof. Pavy w tych słowach skreśla podanie z odległych wieków przeszłości: »Od niepamiętnych czasów ryby uważano za artykuł spożywczy wielu narodów; pomimo to stosowano do nich wiele przesądów; tak naprzykład kapłanom egipskim nie wolno było używać żadnych ryb z tej przyczyny, iż przypisywano im własność budzenia popędów płciowych, lub doszukiwano się w nich przyczyn trądu«.

W innem miejscu swojej pracy prof. Pavy przytacza słowa ze spostrzeżeń Dr Davy, zawierające następną myśl: »Porównując ludzi, podzielonych na klasy według najgłówniejszego rodzaju ich pożywienia, okaże się, że należący do klasy ichtyofagów — wyróżniają się szczególnem zdrowiem, siłą i płodnością. W żadnej innej z pozostałych klas nie spotyka się tak przystojnych kobiet i tak silnych i energicznych mężczyzn, jak pośród rybaków«. To samo potwierdza inny jeszcze badacz, W. Popow, opisując własne spostrzeżenia w ten sposób: »Nad brzegiem jeziora Ilmeń, o 7 wiorst od Nowgorodu, po prawej stronie na przestrzeni 60 wiorst rozrzucone są sioła, których mieszkańcy trudnią się przeważnie rybołostwem; im też dano przezwisko »jezioran« z przyczyny ich siedzib w pobliżu wymienionego jeziora. Wyróżniają się oni nietylko trybem

[1]) Następne miejsce zajmuje Japonia.

życia, wejrzeniem, lecz nawet mową śród innych mieszkańców wsi, odległych o 15 do 20 wiorst. Typ tych ludzi zdumiewa wspaniałą kościstą budową, która świadczy o ich sile fizycznej. We wsiach rybackich pomimo płodności ludu, można spotkać wielu zgrzybiałych starców, jakich po wsiach sąsiednich zdarza się widzieć bardzo rzadko«. Na innem miejscu W. Popow przytacza słowa, słyszane od samych mieszkańców tych stron, którzy w ten sposób charakteryzują wyjątkowe znaczenie mięsa szczupaka: »Mięso szczupaka [1]) ma ogromną własność pobudzania czynności płciowych i żadna z ryb w tym względzie nie może dorównać szczupakowi«. Powyższe spostrzeżenia wskazują, że mięso ryb oddziaływa na ustrój ludzki dodatnio, a co się tyczy jego pożywności, jest to rzecz dowiedziona oddawna i stwierdzona przez wiele prac naukowych.

Strona chemiczna składowych części mięsa ryb do połowy XIX stulecia nie była należycie wyjaśniona; dopiero od r. 1854 rozpoczynają się w tym kierunku poważniejsze badania. Do tego czasu odnoszą się prace A. Payena, J. Königa, Aug. Almena i z późniejszych W. Popowa, P. Kostyczewa, Atwatera, A. Ballanda i innych. Wszystkie prace wymienionych autorów zawierają obfity materyał, tyczący się badań nad mięsem najróżniejszych odmian ryb. Jednakże co do zawartości ciał białkowych, to w tych pracach wykazana jest tylko ilość ogólna bez różniczkowania. Jak wiadomo, prof. A. Danilewski dzieli ciała białkowe pochodzenia zwierzęcego na 3 kategorye: 1) albuminy, rozpuszczalne w wodzie, 2) globuliny czyli myozyny, rozpuszczalne w solach obojętnych i 3) strominy czyli myostrominy, rozpuszczalne w zasadach (alkaliach). Taką też klasyfikacyę, a także metodę otrzymywania ciał białkowych przyjęli uczniowie i następcy A. Danilewskiego w badaniach swych nad mięsem zwierząt ciepłokrwistych.

Tę samą klasyfikacyę zastosowałem do swojej pracy, metodę zaś otrzymywania ciał białkowych musiałem zmieniać, stosując ją do innych własności, jakie przedstawia mięso rybie.

Mięso świeżych ryb, które miało służyć do badań, po usunięciu kości, najstaranniej oczyszczone z nerwów i ścięgien, siekano na miazgę.

Z jednej porcyi sporządzano wyciągi wodne, przy obniżonej do 8° C. ciepłocie, dla otrzymania albumin. Po 8 godzinach wyciąg wodny przesączano, na pozostały osad nalewano nową ilość wody i pozostawiano w tych samych warunkach; powtarzało się to aż do zupełnego wyługowania białka, co następowało za 3. lub 4. razem. Połączone płyny wodne przesączano po dodaniu do nich siarczanu sodu (Na_2SO_4) w takich ilościach, aby ogólne zgęszczenie wynosiło 1% i kwasu octowego do ogólnego zgęszczenia 0,1% całej masy płynnej, z której po doprowadzeniu jej do ciepłoty wrzenia, zaczęły się wydzielać i osiadać delikatne śnieżno-białe płatki albumin. Płatki te, zebrane na sączku i pozbawione domieszek przez przemywanie wrzącą wodą, wrzącym spirytusem i eterem, należycie suszono przy 100° C aż do stałej wagi, poczem zawartość ich w danej próbie mięsa obliczano w stosunku odsetkowym do zwykłej i do suchej substancyi.

Okazało się, że zawartość ciał białkowych, należących do działu albumin, w 6 badaniach różnych gatunków ryb wynosiła od 0,9 do 4,07%.

Drugą porcyę przygotowanego w wyżej opisany sposób mięsa zużytkowywano dla otrzymania globulin. Z odważonej części mięsa czyniono wyciągi zapomocą 8% rozczynu chlorku amonu (NH_4Cl) przy tych samych warunkach, jakie wymieniono co do albumin. Po zupełnem wyługowaniu globulinów i połączonych z niemi albumin, co zwykle następowało za 4. lub 5. razem, wszystkie zebrane razem rozczyny przesączano i po dodaniu kwasu octowego do słabo wyrażonego odczynu kwaśnego, ogólny przesącz nagrzewano do wrzenia: wydzielały się wówczas ciała białkowe barwy zlekka brunatnej. Po oczyszczeniu ich od domieszek sposobem, wskazanym przy określeniu albumin, wysuszeniu przy 100° C i zważeniu, i po odjęciu wiadomej już poprzednio ilości albumin, otrzymywano zawartość czystych globulin, których ilość w mięsie tych samych 6 gatunków ryb wynosiła od 0,5% do 4,0%.

Trzecią odmianę ciał białkowych, strominy, otrzymywano i określano w następujący sposób: Na osad, pozostały po wydzieleniu globulin, oczyszczony zapomocą wielokrotnego przemywania wodą przekroploną aż do zupełnego usunięcia wszelkich śladów chlorku amonu, nalewano bardzo słaby rozczyn ługu sodowego (1 cz. NaOH na 2000 cz. H_2O) za dodaniem kilku kawałków lodu i pozostawiano w przeciągu dwóch godzin.

Należy tu zwrócić uwagę, że w zależności od powiększenia zawartości ługu sodowego w rozczynie, a również od dłuższego nad 2 godziny jego działania, płyny stopniowo gęstniały, a substancye mięsne tak zaczynały pęcznieć, że nie podobna było czynić dalej jakichkolwiekbądź zabiegów.

Stosując na przemiany raz czystą wodę przekroploną, a drugi raz rozczyn wodanu sodu we wskazanej proporcyi i powtarzając 5 lub 6 razy podobne rękoczyny, osiągano w następstwie zupełne wyługowanie zawartości poszukiwanych ciał białkowych. Zebrane wyciągi, zazwyczaj opalizujące, przesączano i po dodaniu kwasu octowego do słabo kwaśnego odczynu otrzymywano z nich nawet bez nagrzewania lekkie, w kształcie płatków śniegu wydzielające się ciała białkowe trzeciej kategoryi, strominy. Po zebraniu ich na sączek, przemyciu we wskazany poprzednio sposób i wysuszeniu, oznaczano ilościowo w stosunku odsetkowym.

Zawartość strominów wahała się od 2,8 do 9,7%.

Z powyżej opisanych badań wynika, że **zawartość strominy w mięsie badanych ryb przewyższa zawartość innych odmian ciał białkowych**, co jest widoczne z następującej tabliczki:

	Albuminy	Globuliny	Strominy
Sum I.	0,9%	2,4%	4,5%
Sum II.	2,2%	0,5%	5.0%
Oncorynhus Keta	2,1%	0,9%	9,7%
Szczupak	3,6%	4,0%	2,8%
Śledź	2,1%	2,1%	7,2%
Stokfisz	4,0%	3,2%	4,7%

Dla podania charakterystyki otrzymanych ciał białkowych określano zawartość w nich azotu i fosforu.

Porównawcze zestawienia z podobnemi badaniami, tyczącemi się ciał białkowych w mięsie wołowem, doprowadziły do następujących wyników.

[1]) Ulubiona potrawa żydów.

Zawartość azotu ciał białkowych w mięsie rybiem i wołowem jest bardzo do siebie zbliżona, a mianowicie:

	Mięso ryb	zawiera azotu
Oncorynhus	Keta I	4,4%
	Keta II	4,0%
	Szczupak	2,4%
	Śledź	4,1%
	Stokfisz	2,6%
	Mięso wołowe	3,1%

Co się tyczy porównania zawartości fosforu w globulinie, inaczej myozynie i strominie, inaczej myostrominie mięsa ryb i mięsa wołowego, to pod tym względem zaznaczyć należy znaczną różnicę, jak widać z następującej tabliczki:

	W mięsie ryb fosforu:	
	Myozyny	Myostrominy
Śledź	0,051%	0,045%
Jesiotr	0,062%	0,018%
Stokfisz	0,064%	0,014%
Szczupak	0,063%	0,012%
Karp	0,149%	0,008%
Keta	0,480%	0,065%

	W mięsie wołowem fosforu:	
	Myozyny	Myostrominy
rozbiór I	0,023%	0,60%
» II	0,025%	0,70%
» III	0,026%	0,74%

W myozynach mięsa ryb zawiera się większa ilość fosforu, niż w myozynach mięsa wołowego. W myostrominach rzecz ma się zupełnie przeciwnie: w mięsie ryb zawartość fosforu jest mniejsza, niż w mięsie wołowem. Stosunek zaś ilości fosforu w myozynie i myostrominie mięsa ryb ma się jak 1 do 7, a mięsa wołowego, jak 1 do 30. Z tego wynika, że ciała białkowe mięsa badanych ryb — myozyny i myostrominy — wybitnie się różnią od takichże ciał mięsa zwierząt ciepłokrwistych.

Piśmiennictwo. 1) W. W. Popow. Opredielenje koliczestwa pitatielnych wieszczestw w najboleje upotrebitielnych sortach ryby. Dysertacya 1882 r. Petersburg. — 2) P. A. Kostyczew. Sostaw razlicznych rybnych produktow i nieskolko słow o ich piszczewom znaczeni. Żurn. Sielsk. Chaziajstwa i Lesowodstwa. 1883 r. — 3) T. A. Gużewski. O srawnienii uswojenja azota gowiadiny i niekotorych sortow ryby zdorowymi ludźmi. Dysertacya 1908 r. Petersburg. — 4) I. König. Chemie der menschlichen Nahrungs- und Genussmittel. 1904 r. Berlin. — 5) W. Mikini. O rybnom dowolstwii wojsk. Intendanckij żurnał Nr 8. 1907 r. Petersburg. — 6) Nowyja piszczewyja raskładki dla niżnich czynow, sostawlennyja w komisyi pod predsiedatielstwom Akademika Tajnaho sowietnika, A. J. Danilewskaho 1907 r. Petersburg. — 7) Trudy komisyi Imperatorskoj Wojenno-Medicinskoj Akademii po woprosu o rybnom dowolstwii niżnich czynow russkoj armii pod redakcjej predsiedatiela komisyi Akademika. A. I. Danilewskaho 1909 r. Petersburg. — 8) M. D. Iljin. Zamiena miasa ryboju pri massowom pitanii 1908 r. Petersburg. — 9) M. D. Iljin. Ryba kak piszczewoj produkt 1911 r. Petersburg. — 10) M. D. Iljin. Organizowannyje biełki myszecznaho wołokna (Myosiny i Myostrominy) 1900 r. Petersburg. — 11) W. Kühn. Uczebnik fizjołogiczeskoj chimji pod redakcjej Sieczenowa. — 12) N. F. Bajmakow. Organizowannyie biełki, żelezo i fosfor myszc. Dysertacya 1904 r. Petersburg. — 18) W. Demant. Materyały dla fizjołogiczeskoj chimji myszc. 1881 r. Petersburg. — 14) A. I. Danilewsky. Myosin, seine Darstellung, Eigenschaften, Umwandlung in Syntonin und Rückbildung aus demselben. Zeitschrift für Physiolog. Chemie 1881 r. tom V. — 15) A. I. Danilewsky i K. Schipilewa. Ueber die Natur der anisotropen Substanzen des quergestreiften Muskels und ihre räumliche Vertheilung im Muskelbündel. Zeitschr. für Physiolog. Chemie. 1881 r. t. V. — 16) D. I. Kurajew. O biełkowom sostojanji myszc. pokojnych i diejatielnych. Dysertacya 1896. Petersburg. — 17) A. I. Danilewskij. Piszcza i charakter. Popularnoje cztenje. 1891 r. Charkow. — 18) A. I. Danilewskij. O nowom tipie biełkowych wieszczestw. Fiziołogiczeskij sbornik 1888 r. Charkow. — 19) B. I. Danilewskij. Srawnitielnaja osażdajemost biełkow taurocholewym natriem. Fiziołog. sbornik 1888 r. Charkow. — 20) A. I. Danilewskij. Fosforistyje biełki mozga. Fiziołogiczeskij sbornik 1891 r. Charkow. — 21) A. I. Danilewskij. Fosforistyj Globulin i jeho biołogiczeskaja rol w żywotnych formach. Fiziołog. sbornik 1891 r. Charkow. — 22) N. Umikow. Fizjologja biełkowaho zapasa w żywotnom organizmie. Fizjołog. sbornik tom II. 1891 r. Charkow. — 23) N. Umikow. K biołogii fosfora. Dysertacya 1895 r. Petersburg. — 24) G. Tamamszew. Topografja fiziołogiczeskoho zapasa fosfora w żywotnom organizmie. Dysertacya 1897 r. Petersburg. — 25) Pavy. Uczenje o piszcze pierewod M. M. Manaseinoj. 1876 r. Petersburg. — 26) S. Frankfurt. Metody chimiczeskaho izsledowanja wieszczestw rastitielnaho proischożdienja. 1896 r. — 27) W. I. Gracianow. Opyt obzora ryb Rossyjskoj Imperji 1907 r. Moskwa. — 28) I. D. Kuzniecow. Oczerk russkaho rybołowstwa 1902 r. Petersburg. — 29) O. Grimm. Rybołowstwo. Sbornik Proizwoditielnyja siły Rossii. 1896 r. — 30) Ł. P. Sabaniejew. Ryby Rosii. 1892 r. — 31) N. A. Borodin. Rybołowstwo i rybnyj promysieł. Czast II, wypusk 2-goj 1898 r. — 32) Amurskaja keta dla dowolstwja wojsk. Wiestnik Rybopromyszlennosti. 1909 r. — 33) Brem. Żiźń żywotnych t. III. Ryby. Petersburg. — 34) Skolko u ryb sjedomaho miasa. Wiestnik Rybopromyszlennosti 1919 r. — 35) Rybopromyszlennost Rossyi. Wiestnik Finansów. Nr 37, 38, 47. 1909—1910. — 36) F. P. Treadwelt. Kurs analiticzeskoj chimii 1908 r. Odessa. — 37) O. Hammarsten. Uczebnik fiziołogiczeskoj chimii 1891 r. Petersburg. — 38) N. Mienszutkin. Analiticzeskaja chimja 1901 r. Petersburg.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Br C. Oppenheimer: **Chemische Methodik für Ärzte**. Wydanie II, opracowane na nowo przez Dr W. Glikina. Lipsk 1912 (Georg Thieme). Cena 2 Mk. 70 f.

Książeczka prof. Oppenheimera obejmuje wszystkiego 93 strony, ale też nie jest i nie zamierza być podręcznikiem chemii lekarskiej. Celem jej jest umożliwić lekarzowi praktycznemu, nawet temu, który się chemii szczegółowiej nie poświęcał, wykonanie jeszcze innych badań poza odczynem białka i cukru w moczu, do czego zwykle w praktyce lekarz się ogranicza. Aby zaś rzeczywiście lekarz praktyczny mógł z pomocą tego podręcznika wychylić się poza zaklęte koło owych dwu prób, wybrał Oppenheimer metody najprostsze i najłatwiejsze, nie wymagające specyalnych przyrządów ani osobnej pracowni, natomiast starał się każdą z tych metod opisać tak dokładnie, by nawet niewprawny mógł ją dobrze wykonać. Oczywiście książeczka nie zawiera żadnych wskazówek semiotycznych, lecz tylko ściśle techniczne.

Odpowiadając zupełnie swemu zadaniu, zasługuje dziełko Oppenheimera na rozpowszechnienie i u nas, dopókiby nie ukazało się podobne dziełko oryginalne. Z.

Dr P. E. Lévy: **O kształceniu woli w zastosowaniu leczniczem.** Z VIII wydania francuskiego przełożył Dr T. Jaroszyński. Warszawa 1912, str. 134. Wydawnictwo księgarni M. Szczepkowskiego.

Zwrot ku uznaniu wpływu czynników psychicznych na zjawiska somatyczne, wpływu, który przez czas jakiś zbyt lekceważono, obejmuje coraz szersze sfery lekarskie. W ślad za tem idzie też zużytkowywanie wpływów psychicznych w lecznictwie, zwłaszcza wobec neurasteników

i śledzienników, mnożących się pod wpływem nowoczesnego trybu życia. Nie ulega wątpliwości, że działanie lekarza będzie w tym względzie wtedy tylko w pełni skuteczne, jeśli i sam chory współdziała czynnie. By w tem dopomódz tego rodzaju chorym, podjął Lévy próbę nakreślenia dziełka, któreby było dla nich niejako poradnikiem autopsychoterapii. I widocznie dziełko to trafiło na teren podatny, skoro niedawno wyszło w siódmem już wydaniu.

Tłómaczenie Dr Jaroszyńskiego odpowiada wymaganiom, a dokonaniem przekładu oddał tłómacz niewątpliwie usługę zarówno niejednemu z naszych lekarzy, napróżno dotąd oglądających się za polskiem dziełkiem w tym zakresie, któreby swoim chorym mogli dać w rękę, — jak i tym chorym, dla których książka ta jest przeznaczona.

Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Nürnberger. **W sprawie ogólnego zakażenia gronkowcami w następstwie małych ropień na powierzchni ciała.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 18). Lenhartz zwrócił uwagę, że nieraz ogólne zakażenie gronkowcami bierze początek z małych, nieznacznych spraw ropnych w skórze lub pod skórą. Zakażenia te występują nieraz dopiero w pewien czas po sprawie miejscowej tak, że nie przypuszcza się, by ta sprawa miejscowa była źródłem ogólnego schorzenia. Analogiczne przypadki sekcyonowane przytacza właśnie autor. Nieraz zakażenia takie powstają po zastrzałach palców, czyrakach i t. p. Przerzuty sadowią się najczęściej koło nerek i w płucach i dlatego krwioplucie, względnie gronkowce w moczu budzić powinny zaraz przypuszczenie przerzutu. Nie należy przeto lekceważyć żadnych, nawet drobnych ropień skóry i przyległych tkanek. K.

Lewen. **Zapalenie kiszki ślepej. Omyłki rozpoznawcze.** (Arch. f. Verdauungskrank. Tom 18. I,). Lewen należy do chirurgów, którzy zapatrują się bardzo sceptycznie na rzekomy wzrost częstości schorzeń wyrostka robaczkowego; przeciwnie twierdzi on, że bardzo często rozpoznaje się to cierpienie, gdzie go niema, a nawet i operuje się tam, gdzie tego nie potrzeba. Tak np. rozpoznaje się często zapalenie wyrostka przy tkliwości punktu Mc. Burneya, a tymczasem chodzi tu o przeczulicę nerwową, histeryę, przypadłości kobiece i t. p., często także bolesne zaburzenia żołądkowo-kiszkowe. Podług L. zapalenia kiszki ślepej można uniknąć bardzo często, zachowując higienę odżywiania i zwalczając zaparcia naturalną dyetą, a nie środkami przeczyszczającymi. K.

Quetsch. **Zupełne przesunięcie się dolnych kręgów szyjnych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 18). Zwichnięcia kręgów występują najczęściej w części szyjnej, gdyż ta jest najwięcej ruchoma, a przez to najwięcej narażona na urazy. Q. donosi o 5 takich przypadkach. Zwichnięcie zupełne występuje w stawach bocznych i między obu trzonami, przy równoczesnem pęknięciu chrząstki. Zwichnięcie może nastąpić ku tyłowi lub ku przodowi. Pierwsze jest znacznie częstsze, a powstaje nieraz przez silne uderzenie w kark lub nagięcie szyi przy upadku na głowę. Nieraz towarzyszy temu złamanie przedniej krawędzi dolnego kręgu. Klinicznie spostrzegamy pochylenie głowy ku piersi, odpowiednio zmieniony kontur kręgosłupa z tyłu, silne bole i objawy rdzeniowe, porażenia trwałe lub przejściowe (bo rdzeń potrafi się bardzo dobrze przystosowywać). W razie nieodprowadzalności z czasem przystosowuje się ustrój do tego uszkodzenia lub pojawia się następowe zesztywniające zapalenie stawów kręgowych. Czasem zwichnięcie może naturalnie wywołać odrazu śmierć. Odprowadzenie ostrożne w wyciągu udaje się jedynie w przypadkach świeżych, a jest wskazane przy groźnych objawach ze strony rdzenia. Potem dla pewności zakłada się opatrunek gipsowy. K.

Położnictwo i ginekologia.

A. Theilhaber, H. Edelberg: **Stosunek spraw rozrodczych do nowotworów narządów płciowych kobiecych.** (Arch. f. Gyn. tom 96, zesz. I). Częstość raka szyjki macicy wzrasta z ilością przebytych porodów; wieloródki mają więc niewątpliwie większe usposobienie do raka, aniżeli pierwiastki, co przypisać należy licznym obrażeniom i bliznom poporodowym na szyjce. Fakt, że rak szyjki najczęściej sadowi się na jej przedniej powierzchni, odnieść należy do gorszego odżywienia tej części szyjki macicy. — Rak części pochwowej występuje zwykle u kobiet młodszych, rak śluzówki szyjki u kobiet starszych. Stosunek płciowy zdaje się nie mieć żadnego wpływu na wystąpienie raka szyjki. Połóg ma wpływ o tyle, że raka macicy nader rzadko spotyka się w pierwszych latach po porodach. Zdaje się, że przekrwienie połogowe ma tu długi czas znaczenie ochronne. Co się tyczy wpływu ciąży, przekonano się, że operacya w tym czasie wykonaną zupełnie nie pogarsza rokowania co do wyleczenia doszczętnego, a ponowne wystąpienie ciąży po operacyi raka szyjki (amputatio) rokowanie to raczej polepsza. — Rak trzonu macicy występuje zwykle w późniejszym wieku, aniżeli rak szyjki, różnica wynosi tu około 10 lat. Można więc powiedzieć, że im młodszą jest kobieta, tem niższe części macicy usposobione są do rozwoju raka, najwcześniej część pochwowa, później szyjka, a najpóźniej trzon. W przeciwstawieniu do raka szyjki występuje rak trzonu najczęściej u kobiet, które wcale nie rodziły lub przechodziły nieliczne tylko porody. Przyczyna leży tu może w bogatszym układzie naczyniowym, — a więc lepszem odżywieniu trzonu macicy u wieloródek, aniżeli u pierwiastek; do pewnego stopnia obwiniać tu należy może wiewiórowe zmiany zapalne śluzówki macicy u kobiet bezdzietnych. — Rak jajowodów występuje zwykle u kobiet bezdzietnych lub pierwiastek; i tu przewlekłe wiewiórowe zajęcie jajowodów staje się przyczyną bezpłodności, a zarazem usposobienia do raka. Podobnie i rak jajników częstszy jest u kobiet bezdzietnych i takich, które rzadko rodziły. Co się tyczy raka sutków, stoi częstość jego w odwrotnym stosunku do ilości porodów i częstości karmienia; tłómaczyć to należy lepszem unaczynieniem gruczołów u kobiet, które kilkakrotnie rodziły i karmiły. — Mięśniaki macicy występują tem rzadziej, im więcej było porodów, co tłómaczyć należy tem, że poród nierzadko wprost leczy małe mięśniaki. — Mięsaki występują natomiast o wiele częściej u kobiet bezdzietnych i to nierzadko młodych, nawet jeszcze przed okresem pokwitania. W ogólności zdają się mięsaki śluzówki częściej występować u kobiet młodych, mięsaki zaś ściany macicy częściej u kobiet starszych. — Torbiele jajnikowe spotyka się najczęściej u kobiet młodych, które wcale nie lub tylko rzadko rodziły. — Ze względu na wiek kobiet występują u nich powyższe nowotwory mniej więcej w następującym porządku: w pierwszych 15 latach życia mięsaki i czasem torbiele jajnikowe; między 15—30 r. ż. częste torbiele jajnikowe, inne nowotwory są rzadkie; między 30—40 r. ż. powstaje wielka liczba mięśniaków i wzrasta prawdopodobieństwo wytworzenia się raka szyjki macicy i sutków. Największa liczba raków szyjki i jajowodów przypada na czas przed okresem przekwitania i na sam okres przejściowy, wreszcie rak trzonu macicy najczęściej poza okresem przejściowym. E. Ehrenpreis.

Engelhorn: **Kliniczne i doświadczalne spostrzeżenia nad nerwowymi odruchami z różnych narządów na macicę.** (Arch. f. Gyn. tom 96, zesz. I). Obawa przed

podawaniem obfitych pokarmów rodzącym, ze względu na ujemny wpływ na czynność porodową, występujący odruchowo z przewodu pokarmowego, nie ma podstawy. Podobnie i spostrzeżenia, jakoby wymioty u rodzących były następstwem przeładowania żołądka pokarmami, nie są trafne; wymioty występują tylko u 15% wszystkich rodzących. Autor sądzi więc, że rodzącym, o ile tylko tego żądają, można pożywienie podawać do woli, szczególnie tam, gdzie spodziewać się należy dłużej trwającego porodu. Dalej doświadczenia wykazały, że wypadnięcie pęcherza moczowego również nie ma żadnego wpływu na skurcze macicy rodzącej lub połogowej. Po opróżnieniu pęcherza moczowego spostrzegano wprawdzie skurcz macicy, ale tylko w rzadkich przypadkach, w których macica okazywała się wogóle bardzo wrażliwą. Objawy, występujące nierzadko po porodzie wskutek przepełnienia pęcherza moczowego, szczególnie zatrzymanie łożyska, nie są następstwem odruchu, lecz jedynie tylko przeszkody mechanicznej; za tem przemawia brak krwawienia i szybkie odejście łożyska po wypuszczeniu moczu. Podobnie wysoki stan macicy połogowej lub jej tyłozgięcie przy pełnym pęcherzu, nie są następstwem porażenia macicy, jak to niektórzy sądzą, lecz przyczyny mechanicznej. Co się tyczy odruchu, wychodzącego z gruczołu piersiowego, stwierdzono, że każdorazowe przyłożenie dziecka do piersi wywoływało skurcze macicy. Zauważono jednak, że u ciężarnych skurcze te występowały już przez drażnienie i pocieranie brodawki piersiowej, gdy te same czynniki drażniące u położnic pozostawały bez wpływu. U nich występowały skurcze macicy dopiero i tylko przy akcie ssania. Macica ciężarna zdaje się być znacznie wrażliwsza, aniżeli połogowa. Autor sądzi, że przy pocieraniu brodawki piersiowej u ciężarnych chodzi o drażnienie zakończeń nerwów czuciowych rdzeniowych, natomiast u położnic wchodzi w rachubę drażnienie nerwów współczulnych w gruczole piersiowym, o odruch więc nerwów naczynio-ruchowych, a skurcze macicy mają być następstwem przejściowego niedokrwienia. E. Ehrenpreis.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowy sposób szczepienia zaleca francuski lekarz wojskowy Libessart. Mianowicie zauważył on, że obecnie coraz mniej szczepień się przyjmuje, a to z powodu używania środków przeciwgnilnych do odkażania skóry. Aby tego uniknąć, radzi L. przypalić skórę w trzech miejscach i na te miejsca jałowym pręcikiem nałożyć krowiankę. Wypróbował on ten sposób w wielu przypadkach; w 40% szczepienie się przyjęło, gdy poprzednio przyjmowało się w jego praktyce najwyżej w 20%. A.

Do leczenia schorzeń gośćcowych stawów, zakażeń paciorkowcami, róży i t. p., zaleca Chlumsky swój kampfenol (mieszaninę 2 części kamfory, jednej karbolu zgęszczonego i kilku kropli spirytusu) w postaci okładów (Zentralbl. f. in. Med. 1912, Nr 10). A.

Jodarsid-Reumacid, pigułki Thisquensa, zawierają według Aufrechta 14·4% kwasu salicylowego, 1·28% jodu, 23·75% węglanu wapnia, obok cukru, mąki. subst. wyciągowych i t. p. N.

Thioestrin, przetwór zawierający siarkę, znajduje zastosowanie w dnie, gośćcu, oraz innych schorzeniach stawów. Kawałkiem waty, napojonym tym środkiem, naciera się odpowiednie miejsce, poczem można watę pozostawić i założyć opatrunek. N.

Spirosal zaleca Schwarz stosować w gośćcu stawowym, jako nacieranie według przepisu: »Spirosal. 15,0, Spirit. vini rect. 30·0«; obok tego podaje nowaspirynę 0·50 grm. 3—4 dziennie. (Pest. med. chir. Presse 1911, Nr 20). N.

Tiosinaminę wypróbował Rénon na 200 chorych; środek ten ma sprowadzać ulgę w porażeniach kurczowych, łagodzić bóle u chorych na wiąd, niejednokrotnie powstrzymywać postęp przewlekłego gośćca stawowego, w rozedmie płuc zmniejszać duszność i t. p. Przeciwwskazanie do stosowania tiosinaminy stanowi gruźlica. Stosuje się albo wewnętrznie albo podskórnie w dawkach od 0·06—0·10 grm. na dzień. (Presse med. 1911). N.

Tulisan, środek do wdychania przeciw dychawicy(?), zawiera obok balsamu peruwiańskiego, alypinę, eumidrynę, adrenalinę i glicerynę. N.

Tonomalare, są to tabletki arsenferratyny z chininą; zastosowanie w zimnicy i niedokrwistościach. N.

Przy leczeniu czyraka staramy się o przyspieszenie rozwoju sprawy miejscowej, a dalej o zapobieżenie przenoszeniu się zakażenia na sąsiedztwo, a to przez wzmacnianie okolicznej skóry. W tym też celu radzi Riehl powierzchnię skóry zmywać zawsze przy opatrunku alkoholem z dodatkiem 2% salicylu lub $^1/_4$ — $1^1/_2$% sublimatu, a gdy ropienie ustaje, staramy się wywołać złuszczenie skóry przez smarowanie jej po odtłuszczeniu eterem pastą: »Rp. Naphthol β 5,0. Sulphur. citr. 25,0. Sap. virid., Vaselin. aa 10,0. Mf. pasta.« Skóra po tej paście jest zaczerwieniona i po powtórnem nasmarowaniu zaczyna się zwykle silnie łuszczyć; wtedy zmywa się ją co dwie godziny 1—2% alkoholem salicylowym lub resorcynowym, a potem pudruje. Zwykle znika potem czyrak w zupełności. Gdy czyraki występują na całem ciele, stosować można kolejno wcierania mydła szarego ew. kąpiele mydlane przez $^1/_2$ do godziny w zwykłem ($^1/_2$—1 kg.) domowem mydle. Po kąpieli naciera się chorego po wysuszeniu 1% waseliną salicylową. (Wiener klin. Woch. 1912, Nr 1). A.

Do umocowywania płatków skóry przy transplantacyi sposobem Thierscha używa Eklund wyjałowionej siatki na ryby. (Finsk. läk. säll. XI. 1911). A.

Vasenol-Brandbinde jest to opaska, którą w gotowym stanie stosować można przy oparzeniach, odmrożeniach i wrzodach goleni. A.

Orthonal (kombinacyę kokainy, alypiny i adrenaliny) do znieczuleń miejscowych zaleca Moses. (Deutsche med. Woch. 1911). A.

Do znieczulania nerwu żuchwowego przy wyciąganiach zębów używa Neumann-Kneucker z bardzo dobrym skutkiem zamrażania nerwu z pomocą chlorku etylu w okolicy otworu żuchwowego. (Med. Klinik, 1912, Nr 17). K.

Udrenin zawiera w 1 cm^3 rozczynu 0·01 β eukainy i 0·00003 adrenaliny w rozczynie soli fizyolog. z dodatkiem 5% chloretonu dla konserwacyi. N.

Tymolu w 50% alkoholowym rozczynie używają König i Hoffmann w celu szybkiego odkażenia pola operacyjnego, — analogiczny rodzaj odkażenia, jak nalewką jodową, o tyle może lepszy, iż tymol nie pozostawia brunatnego zabarwienia skóry, nie wywołuje wyprysku, ani łuszczenia się skóry. (Centrbl. f. Chir. 1911, Nr 24). N.

Trypsynę, podaną przez Brünninga do leczenia gruźlicy chirurgicznej, stosował Brandes, lecz nie miał zadowalniających wyników. Sądzi on też, że trypsynę można stosować w tych tylko przypadkach, gdzie jodoform wywołuje objawy zatrucia. (Münch. med. Woch. 1911. Nr 28). N.

Celem odkażania jamy ustnej zalecają Pane i Agata płukanie 1% rozczynem mydła, a potem 5% chloranem potasu. (Policlinico 1912. III). A.

Do tamponady jamy brzusznej, aby tampon nie przyklejał się do brzegów rany, używa Wehl gazy, napojonej rozczynem octanu glinowego i posypanej 1,0 jodo-

formu z kalomelem aa. Tampon potem wychodzi lekko bez bólu, a prócz tego środki użyte mają wybitne działanie przeciwgnilne. (Zentrbl. f. Chir. Nr 8). A.

Odwaniać stolce w pokoju najlepiej podług Czernego zapomocą 10% antyforminy, co zarazem zabija muchy, a kosztuje tanio. (Berl. klin. Woch. Nr 10). A.

Sector, nowo opatentowane narzędzie, przedstawia się złożony jako skalpel, po odjęciu zaś ostrza służyć może jako szczypczyki zwykłe lub do tamowania krwotoku. (Med. Klin. Nr 45). A.

Opsonogen zaleca Ostrčil w postaci śródmięśniowych wstrzykiwań jako znakomity środek przy figówce (sycosis barbae coccogenes). (Wien. med. Woch. Nr 14). A.

Przeciwko świerzbieniu skóry zaleca Milian pasty: 1) »Rp. Acid. carbol. 1,0. Vaselin, Lanolin, Zinc. oxyd. aa 30,0«. 2) »Picis liquid. 3,0. Vaselin, Lanolin, Zinc. oxyd. aa 30,0«. (Riforma med. s. 1344). A.

Do kosmetycznego usuwania włosów zaleca Saalfeld następujące środki, 1) Słaby: »Rp. Calcium hydrosulfurat. in aqua 20,0. Ungt. glycerini amyl. aa 10,0. Essent. citri gts X«. 2) Mocniejszy: »Rp. Baryumsulfhydrat 5,0. Cret. praeparat. 10,0«. 3) Mocny: »Rp. Auripigment 20,0. Calcar. hydric. 10,0«. (Med. Klinik Nr 18). A.

Neosalwarsan, t. j. ulepszony przez Ehrlich salwarsan ma liczne zalety, jak donosi o tem Schreiber. Rozpuszcza się dobrze w wodzie, a rozczyn oddziałuje obojętnie. Środek ten jest znacznie mniej trującym od salwarsanu, ulega łatwiej wessaniu i nadaje się do wstrzykiwań śródmięśniowych. (Münch. med. Woch. 1912, Nr 17). A.

Trisantal = capsulae gelatinosae ol. santali salicyl. c. extr. herniar et uvae ursi dialysat. N.

Elektrargol w formie wstrzykiwań uważa Asch za dzielny środek w leczeniu zapaleń najądrza. Zastosowany w początkach choroby może środek ten nawet leczyć poronnie. (Z. f. Urolog. 1911. V. Z. 2). N.

Syrgol, koloidalny tlenek srebra, stosuje Hegner z dobrym skutkiem w chorobach spojówki na tle wiewiórowem w postaci zakraplań 5% rozczynu 2—6 razy dziennie; obok tego przemywa worek spojówkowy rozczynem kwasu borowego. (Münch. med. Woch. 1911). N.

Thymipin (dialysatum thymi et puiguiculae Golaz) podaje się przy krztuścu dzieciom poniżej 5 lat rano i wieczór po 1 kropli w wodzie na czczo, aż do ustąpienia napadów kaszlu, potem zwiększa się dawkę aż do 2—3 kropli. Dzieci powyżej 5 lat otrzymują 2 krople, względnie 3—4 dwa razy dnia. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 16. stycznia 1912 r.

W. St. Klein: **O limfogranulomatozie.** Na podstawie materyału własnego (61 przypadków) i danych z piśmiennictwa podał K. zarys nauki o limfogranulomatozie. Na chorobę tę, trwającą od kilku tygodni do kilku lat, zapadają dość równomiernie obie płcie, bez względu na wiek. Istnieje kilka typów klinicznych: gruczołowy, śródpiersiowy, brzuszny, śledzionowy, wreszcie typy skombinowane. Typu kostnego i skórnego K. nie uznaje. Anatomicznie choroba sadowi się w rozmaitych narządach, nieraz nawet pierwotnie nie w narządach krwiotwórczych, n. p. w jądrze. Charakterystyczny jest układ i budowa guzów (guzy nie zrastają się z sobą, ani z skórą), obraz śledziony (podobna do salcesonu lub porfiru), oraz obecność w guzach ognisk martwiczych. W przebiegu można odróżnić 2 typy: przewlekły, gdy choroba długi czas jest względnie ograniczona, oraz ostry, gdy odrazu zajmuje rozmaite okolice ciała. Dość często zjawiają się wysypki skórne swędzące, wychudzenie i charłactwo. Z objawów następczych wymienić należy bóle i objawy niedowładu, zależne od ucisku guzów na nerwy, oraz żółtaczkę również pochodzenia uciskowego. Zawsze bywa gorączka, często stała, bez wyraźnego typu; rzadziej typowa gorączka powrotna (zwłaszcza w typie brzusznym). Niedokrwistość zdarza się rzadko. Krew przedstawia mało cech charakterystycznych. Liczba leukocytów zwykle bywa prawidłowa lub nieco zwiększona. Obecność leukopenii K. uważa za charakterystyczną dla tego cierpienia; w przypadkach z dużą leukocytozą K. prawie zawsze stwierdzał powikłania. Wbrew Zieglerowi nie przypisuje K. obecności leukocytów eozynofilnych żadnego znaczenia rozpoznawczego; rzadko je widywał i zawsze łącznie z wysypką skórną. Prawie stale spostrzegał limfopenię. Odczyny tuberkulinowe i Wassermanna K. widywał niezmiernie rzadko, coby dowodziło, że przyczyną limfogranulomatozy nie jest ani gruźlica, ani przymiot. Odczyn dwuazowy rzadko występuje i nie jest stały. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnić należy przedewszystkiem białaczkę limfocytową, limfosarkomatozę, którą łatwo wyłączyć, a wreszcie gruźlicę gruczołów, która niekiedy bywa bardzo podobna do limfogranulomatozy (rozstrzyga odczyn tuberkulinowy, jeśli występuje wcześnie i wyraźnie). Przypadki przymiotu rzadko nastręczają wątpliwości, nawet dodatni odczyn Wassermanna nie zawsze przemawia za etyologią przymiotową. Niekiedy powiększenie gruczołów po kurze (rubeola) może dać powód do omyłek; tu rozstrzyga obecność we krwi olbrzymiej nieraz liczby komórek plazmatycznych (Kerzungszellen Türka). Przypadki z wyłącznem zajęciem śledziony są trudne do rozpoznania; tu oprócz innych danych ważne znaczenie ma gorączka. Przypadki ostre, przebiegające często jak dur brzuszny nietypowy, albo też z gorączką powrotną, są również trudne do rozpoznania, gdyż brak często wyraźnych guzów; w tych razach doniosłe znaczenie ma zjawienie się choćby nieznacznego powiększenia gruczołów chłonnych w początku lub nawet w końcu choroby. Najpewniejszym sposobem rozpoznawania limfogranulomatozy jest wyłuszczenie guzka i jego mikroskopowe zbadanie. K. proponuje jeszcze barwienie soku z takiego guzka na szkiełkach nakrywkowych na podobieństwo krwi. Bardzo charakterystyczne są komórki olbrzymie podobne do szpikowych, cechujące się tem, że jądro ich jest ziarniste, bardzo podobne do protoplasmy leukocytów neutrofilowych, jąderko zaś do jąder tych leukocytów. W ostateczności pozostaje wydobycie soku z guzów zapomocą strzykawki. W sprawie etyologii limfogranulomatozy przedsięwziął K. szereg badań celem sprawdzenia twierdzenia Fraenkla i Mucha co do stałej obecności w tworach granulomatycznych ziarn Mucha. Badał zarówno sok, jak i guzy, rozpuszczone w antyforminie. Ziarn Mucha ani razu nie wykrył. Limfogranulotozę zaliczyć należy do rzędu spraw zakaźnych; zmiany anatomiczne są przeważnie charakteru zapalnego i proliferacyjnego, a także hyperplastycznego. Wobec stałego zajęcia układu chłonnego zaliczyć wypada chorobę tę do grupy białaczki. W sprawie leczenia dochodzi K. do wniosku, że, aczkolwiek jest to choroba nieuleczalna, to jednak zawsze próbować należy wstrzykiwania arszeniku i naświetlania promieniami Roentgena.

Posiedzenie kliniczne z d. 30 stycznia 1912 r.

J. Skłodowski przedstawił **oscyllometr Pachona,** służący do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi; jest to, zdaniem mówcy, przyrząd bardzo dogodny do użytku klinicznego, a ścisłość wyników nie pozostawia nic do życzenia. S. posługiwał się oscyllometrem również do ilościowego określania różnic w krążeniu miejscowem na symetrycznych odcinkach kończyn, n. p. w chromaniu przestankowem.

W dyskusyi uważa Wł. Janowski ten przyrząd za praktyczny, ale nadmienia, że według własnych jego spostrzeżeń liczby, wykazywane przez oscyllometr Pachona, mają się do liczb, otrzymanych zapomocą zwykłych manometrów, mniej więcej jak 3:2; że przyrząd posiada manometr sprężynowy, a więc powinien być od czasu do czasu sprawdzany; wreszcie, że wskazuje ciśnienie w tętnicy ramieniowej, gdy inne przyrządy określają je w tętnicy sprychowej.

2) Czajkowski (z Sosnowca): **O swoistem leczeniu gośćca zapomocą surowicy sztucznej.** Prelegent, wychodząc z założenia, że paciorkowce są zarazkiem swoistym dla gośćca, wyhodował je ze krwi chorego na ostry gościec stawowy i przygotował t. zw. surowicę sztuczną, swoistą dla gośćca. Za gościec typowy uważa prelegent sprawę ostrą, wyłącza więc w leczeniu wszelkiego rodzaju gośćce przewlekłe, miejscowe i t. p. Na podstawie kilkunastu spostrzeżeń szpitalnych prelegent wyprowadza wniosek, że jego surowica sztuczna obniża ciepłotę, koi ból i działa dodatnio na cały przebieg cierpienia, skracając czas jego trwania.

W dyskusyi podnosi Karwacki, że wierząc w sumienność i bezstronność badań prelegenta, nie może jednak nie wierzyć analogicznym badaniom autorów niemieckich, francuskich i angielskich, którzy wykryli w gośćcu stawowym obecność innych drobnoustrojów. Wynikom leczniczym prelegenta, jakoby swoistym, przeciwstawić można wyniki seroterapeutyczne Rosenthala z surowicą antyperfryngenową, którą tenże autor uważa również za swoistą. Wielorakość wykrywanych w gośćcu stawowym zarazków przemawia za tem, że prawdziwy czynnik przyczynowy jest dotąd nieznany, a omawiane drobnoustroje mają rolę wikłającą. Wreszcie uważa środek, podany przez prelegenta, nie za surowicę, lecz raczej za modyfikacyę szczepionki, aczkolwiek prelegent nie podaje bliżej składu środka i sposobu przyrządzania.

Stan. Mutermilch wypowiada zdanie, że znalezienie przez prelegenta w kilku przypadkach gośćca paciorkowca nie jest dowodem jego swoistości dla gośćca. Metoda badania bakteryologicznego krwi, którą prelegent się posiłkował, nie wyłącza możliwości przypadkowego zanieczyszczenia (prelegent posiewał krew wprost do kolby z bulionem). Badania prelegenta nie dają pewnych dowodów na to, aby znaleziony przezeń paciorkowiec był istotnym sprawcą gośćca; należałoby się przekonać, jakie są własności aglutynacyjne i bakteryologiczne surowicy krwi chorych lub ozdrowieńców względem wyhodowanego paciorkowca. Wytworzoną przez prelegenta »surowicę sztuczną« uważa M. raczej za coś w rodzaju szczepionki. Prelegent nie dowiódł, iż surowica jego działa w ustroju swoiście bakteryobójczo; działanie to należałoby sprawdzić zapomocą odpowiednich doświadczeń in vitro lub na zwierzętach.

Dębiński zwraca uwagę, iż według prelegenta same drobnoustroje mogą wytwarzać z jednej strony jady, a z drugiej antytoksyny; tymczasem badania Miecznikowa i Ehrlicha dowiodły, że antytoksyna jest produktem działania samego ustroju i nie ma nic wspólnego z ciałem danych drobnoustrojów.

A. Sokołowski twierdzi, że pomimo braków pod względem badań teoretycznych praca prelegenta przedstawia poważną wartość kliniczną; prelegent przedstawił szereg dokładnie spostrzeganych ciężkich przypadków gośćca, w których jego surowica działała dodatnio.

W. Janowski sądzi, że szczepionka prelegenta może działać jedynie w jednej postaci gośćca, mianowicie w wywołanej przez wyhodowanego przez C. paciorkowca.

A. Landau mniema, że sprowadzanie wszystkich postaci zapalenia stawów do jednego czynnika etyologicznego — paciorkowca, jest krokiem wstecz. Ostre zapalenie stawów etyologicznie może być różne, nawet nie zawsze pochodzenia bakteryjnego (obrzmienie licznych stawów w chorobie posurowiczej zależy od wpływów anafilaktycznych, zapalenie stawów dnawe — od przyczyn natury chemicznej).

Czajkowski w odpowiedzi wyjaśnia, że nie ma czasu na wykonywanie różnych subtelnych badań biologicznych, których brak zarzucają mu krytycy. Twierdzi jednak, iż przygotował lek, surowicę sztuczną przeciwgośćcową, która posiada działanie swoiste, jak to wykazał na szeregu spostrzeżeń.

Posiedzenie kliniczne z d. 6. lutego 1912 r.

1) Ryszard Hertz: **Przypadek ziarnicy złośliwej** (granulomatosis maligna). Przypadek dotyczy 30-letniego mężczyzny z ogólnem obrzmieniem prawie wszystkich gruczołów chłonnych. Cierpienie rozpoczęło się nagle przed 5 tygodniami powiększeniem gruczołów w prawej jamie podszczękowej i objęło następnie gruczoły w lewej jamie podszczękowej, w pachwinach i pod pachami; chory schudł i stracił łaknienie; krwotoków nie miewał; swędzenia skóry nie odczuwa; nigdy obłożnie nie chorował, zimnicy, duru nie przechodził. Gruczoły zlewają się z sobą, tworząc ogromne pakiety; są ruchome, niebolesne, różnej zbitości; skóra nad nimi nie zaczerwieniona, kości nie bolesne, brak stłumienia na mostku. Śledziona powiększona. W moczu białka ani cukru nie było; odczyny tuberkulinowe i Wassermanna ujemne. Badanie krwi wykazywało stale prawidłową liczbę czerwonych i białych ciałek i wybitną eozynofilię. Przez cały czas pobytu w szpitalu (4 tygodnie) chory stale gorączkował (do 39°) i w kilka dni po wyjściu ze szpitala zmarł. Prelegent omawia rozpoznanie różniczkowe, uwzględniając 3 cierpienia, o których należało myśleć: skrytą postać białaczki, limfosarkomatozę typu Kundratha i granulomatozę. Aczkolwiek w danym przypadku można było na zasadzie wybitnej eozynofilii myśleć o ziarnicy, jednakże we wszystkich przypadkach wątpliwych, przebiegających z ogólnem obrzmieniem gruczołów, należy zawsze poddać ścisłemu badaniu anatomopatologicznemu choć jeden gruczoł. W przypadku prelegenta spostrzegano zmiany charakterystyczne dla ziarniniaków: komórki nabłonkowate, wrzecionowate, limfocyty i bardzo liczne wielojądrzaste eozynofilowe, rozsiane po całym preparacie.

2) M. Halpern: **Przypadek chłonicy*) niebiałaczkowej** (lymphomatosis aleukaemica). U 26-letniego chorego od 6 tygodni stwierdzono stan podgorączkowy, obrzęki na stopach, na skórze głowy kilkanaście płaskich sinawo-czerwonych wyniosłości, powiększenie gruczołów ślinnych podszczękowych i nieznaczne powiększenie gruczołów pod pachami; na rękojeści mostka stłumienie; brak zmian w sercu; wątroba gładka, dochodzi do pępka. We krwi Hb —6=60%, ciałek czerwonych 3.200.000, białych 4600 (neutrofil. 33%, limfocytów 63%, eozynofilów 2%). Odczyny Pirqueta i Wassermanna ujemne. W przebiegu nieznaczne nasilenia ciepłoty, raz obfity krwiomocz; chory zmarł po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu wskutek charłactwa. H. rozpoznawał rozlane cierpienie układu chłonnego. Badanie pośmiertne: w wątrobie i śledzionie, znacznie powiększonej, brak widocznych guzków; guz w śródpiersiu stanowiła powiększona grasica; gruczoły chłonne bez wyraźnego przerostu. Badanie drobnowidowe wykazało w skórze, grasicy, śledzionie, wątrobie, nerkach i gruczołach ślinnych wybitny naciek drobnokomórkowy (większość limfocyty z domieszką innych komórek). H. wyłącza limfosarkomatozę i granulomatozę i rozpoznaje chłonicę niebiałaczkową.

3) Dyskusya nad odczytami: St. Kleina, R. Hertza i M. Halperna.

W. Janowski podaje własną klasyfikacyę przewlekłych lub podostrych cierpień, cechujących się ogólnem obrzmieniem gruczołów chłonnych: 1) lymphomatosis leukaemica, leukaemia — białaczka; 2) l. aleukaemica-chłonica bezbiałaczkowa (różni się od białaczki jedynie brakiem zmian charakterystycznych we krwi; obrzmienie gruczołów zależy

*) Nazwa »chłonica = lymphomatosis«, wprowadzona świeżo w Warszawie, nie jest dobra, bo wyraz »chłonika« utarł się już w znaczeniu: naczynie chłonne (limfatyczne). [Red.].

od nagromadzenia w nich limfocytów dużych i małych); 3) l. generalisata s. lymphoma — chł. ogólna (brak zmian we krwi, obrzmienie gruczołów zależy nietylko od nagromadzenia się limfocytów, lecz i od wzrostu w gruczołach tkanki łącznej, komórek nabłonkowatych i olbrzymich; bujanie to odbywa się powoli, otoczka gruczołowa nie ulega nadżarciu; przebieg choroby powolny); 4) l. maligna— chł. złośliwa (szybki rozrost elementów gruczołowych, otoczka ulega zniszczeniu, gromadzenie się znaczne komórek olbrzymich, szybkie zejście śmiertelne); 5) granulomatosis-ziarnica, z podgrupami; lymphogranuloma-chł. ziarniniakowata i granulomatosis lymphomatosa-ziarnica chłoniakowata; 6) l. sarcomatosa-chł. mięsakowata; 7) l. carcinomatosa; 8) l. tuberculosa; 9) l. syphilitica. — Poszczególne te cierpienia mogą nawzajem u siebie przechodzić. Według mówcy jego klasyfikacya łączy w sobie kilka stron praktycznych: usuwa pomieszanie pojęć, wynikające z niedość ostrożnego użycia jednego z tych mian dla wszystkich wyliczonych cierpień, podaje stanowisko współczesne każdego z nich w patologii ogólnej. Mówca podnosi doniosłość praktyczną wczesnego rozpoznawania chłonicy i odróżniania poszczególnych jej postaci, a wreszcie uzasadnia wprowadzone przez siebie miana »chłonicy«, »ziarnicy« przez analogię z takiemi, jak blednica, błonica i t. p.

St. Mutermilch omawia ogólne wskazówki, jakiemi się należy kierować w przypadkach, budzących klinicznie przypuszczenie białaczki. W przypadkach wątpliwych, jeśli znajdujemy bądź wybitne wzmożenie odsetkowe limfocytów, zwłaszcza ze znaczną domieszką postaci patologicznych, bądź znaczną liczbę niedojrzałych patologicznych postaci leukocytów ziarnistych, rozpoznajemy białaczkę; w przypadkach podobnych pożądane jest kilkakrotne badanie krwi w pewnych odstępach czasu. Jeśli badanie krwi wykazuje stosunki prawidłowe, to o ścisłem rozpoznaniu na tej drodze nie może być mowy; należy ustalić, czy mamy do czynienia z przymiotem, czy też ze sprawą gruczołową złośliwą, białaczką rzekomą. Jeśli leczenie swoiste przeciwprzymiotowe (w razie choćby najmniejszego podejrzenia) zawodzi, rozpoznanie ustalić może jedynie zbadanie drobnowidowe wyciętego gruczołu.

St. Klein uważa przypadek Halperna za rzadkość; zaliczyć go należy do mięsaków limfatycznych (lymphosarcoma). Klasyfikacyę Janowskiego uważa za niejednolitą i niejasną, gdyż autor za podstawę jej bierze dla jednych postaci czynnik etyologiczny, a dla innych budowę anatomiczną. Dr T. Borzęcki.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 5. stycznia 1912 r.

1) Kol. Dr Wierzejewski przedstawia chorego ze zniekształtnieniem rąk i nóg, leczonego na zniekształcające zapalenie stawów, tymczasem rentgenoskopia wykazała zmiany kiłowe.

2) Kol. Dr Karwowski przedstawia 9-letnią dziewczynkę, dotkniętą **twardziną skóry**. Zajęta jest jedna noga i biodro. Głównie zgięcia podległy zmianom, które polegają po części na ograniczonych, białych stwardnieniach, po części na ogólnem stwardnieniu skóry. Obwód chorej nogi znacznie mniejszy od obwodu zdrowej.

3) Radca Dr Chłapowski przedstawia mieszaninę **glinki, spirytusu i gliceryny**, którą stosuje się z korzyścią na rany, oraz wewnętrznie przy dysenteryi pełzakowej, włośnicy i t. d., oraz w cierpieniach jelit.

Dyskusya: Kol. Dr Łazarewicz stosuje glinkę w ginekologii na wielką skalę, mianowicie przy białych upławach. Doskonały do tego jest przyrząd Nassauera. Również na rany zamiast jodoformu dobrze stosować glinkę Mercka. — Kol. Dr Szuman potwierdza zastosowanie glinki przy ranach z doskonałym skutkiem. — Kol. Dr Jezierski: Przyrząd Nassauera okazał się niepraktyczny, okazało się bowiem, że przy chodzeniu zatrzymuje się glinka w pochwie i nie wypełnia wszystkich zagłębień. — Kol. Dr Nowakowski podaje, że glinka w lekkich przypadkach błonicy działała tak dobrze, iż nie było potrzeba surowicy. — Kol. Radca Dr Chłapowski wspomina, że w Japonii stosuje się glinkę z usarą na dysenteryę pełzakową. — Kol. Dr Semran (gość) podaje, że w poliklinice Strasburskiej używają glinki w pastylkach. — W końcu kol. Dr Jezierski podtrzymuje twierdzenie o niezbyt dodatnich skutkach glinki w ginekologii, czemu zaprzeczył kol. Łazarewicz.

4) Dr Fr. Zakrzewski: **Jaką dyetę stosować przy wrzodzie żołądka?** Przy wrzodzie żołądka dwie rzeczy należy mieć na oku: leczenie i odżywianie. Dawniej uważano wrzód za wyleczony, skoro ustały dolegliwości, obecnie inaczej się na to zapatrujemy. W rzeczywistości tylko 50—60% przypadków wrzodu można doprowadzić do wyleczenia. Powinno się doprowadzić chorego tak daleko, żeby przez cały szereg lat był wolny od przedmiotowych i podmiotowych dolegliwości. Dyeta Lenhartza wymaga więcej kwasu solnego i wytężenia wydzielania, niż dyeta Leubego, ale przytem odżywianie jest za słabe. Przy świeżych krwawieniach zaleca się raczej dyetę Lenhartza, gdyż przy niej rychlej ustaje krwawienie, chorzy zaś szybciej przybierają na wadze. Zdarza się jednak, że przy obu dyetach chory chudnie. Śmiertelność przy obu sposobach równa: 3—5%. Zaleca się przynajmniej przez pierwsze 3 dni w ostrym okresie według dawniejszej metody wstrzymać podawanie pokarmów. Co do leków, to można polecić 8% cytrynian sodowy, bo strąca mleko w bardzo małych kłaczkach. Mięsa lepiej nie podawać, natomiast ryby. Przy przewlekłych, niekrwawiących wrzodach, bez wyraźnej nadkwaśności można sondować. Rękoczyn ten nie przedstawia niebezpieczeństwa, należy jednak ściśle indywidualizować. Nieraz pod objawami wrzodu kryje się gruźlica początkująca (w 3% przypadków); wtedy dyeta głodowa działa wprost fatalnie. W każdym razie należy widzieć w propozycyi Lenhartza wielki postęp.

W dyskusyi kol. Dr Gantkowski wspomina, że Leube w pierwszych czasach stosował wielkie ilości mleka i ciepłe okłady, później jednak dyetę zmienił, zważywszy, że próżny żołądek jest skurczony. Co do lewatyw kropelkowych, to mówca zaleca je także w innych sprawach. — Kol. Dr Nowakowski nadmienia, że Prof. Kramer zwracał zawsze uwagę przy skrzywieniach kręgosłupa, czy dzieci nie mają cierpień żołądkowych. — Kol. Dr Szuman porusza stosunek wrzodu do raka żołądka.

Kol. Dr Jezierski: W ostatnim czasie wszyscy interniści rzucili się ku metodzie Lenhartza, podobnie jak przy durze ku t. zw. »Schonungsdiät«, której później zaniechano. Mowca zgadza się z kol. Zakrzewskim, że trudno od pierwszego dnia podawać środki drażniące. Co do sondowania, to sądzi, że można je spokojnie stosować. Lewatywy odżywcze pobudzają wydzielanie soków; o tyle są lepsze kropelkowe. Co do gruźlicy, to wiemy, że wrzód tworzy się na podstawie niedokrwistości, a przy każdej gruźlicy jest niedokrwistość. Powiększenia wątroby przy ukrytej gruźlicy, o którem wspominał prelegent, mowca nie rozumie. — Kol. Radca Dr Chłapowski zaznacza, że mleko słodkie jest idealnem pożywieniem u dzieci, u starszych często nie służy. Surowe łatwiej się trawi od gotowanego. Tłuszcze ułatwiają odżywianie przez wielką ilość kaloryi, oraz tamują ruch robaczkowy. Podając je w mniejszych ilościach, unieruchomia się jelito lepiej, niż przy innych pokarmach. — Kol. Dr Karwowski zapytuje, o ile z powyższem teoretycznem uzasadnieniem ma łączność przyjęte u ludu tzw. »tłuste picie« przy różnych chorobach? — Kol. Zakrzewski nieraz spotykał mylne rozpoznanie wrzodu, gdzie była gruźlica i wykrywał to po zbadaniu serca i wątroby, której obrzmienie wywołuje podobny ból, jak przy wrzodzie żołądka. Wrzody gruźlicze są bardzo rzadkie

w żołądku. Lewatywy odżywcze w początku wprost przeszkadzają; podawać należy tylko rosół z cukrem gronowym, albo rozczyn fizyologiczny soli kuchennej. Żółtko do enem nie jest potrzebne, natomiast peptony. Mleko kwaśne ma wielką wartość. Senator poleca masło, oliwę i t. d. Że tłuszcze zwalniają ruch robaczkowy, jest nowszem doświadczeniem.

5) Kol. Dr Łazarewicz zawiadamia, że na Zjeździe ginekologów w Berlinie uznano narodowość polską i ma być delegat polskich ginekologów; dlatego pragnąłby utworzyć Towarzystwo ginekologów w Księstwie.

Zebranie Wydziału z dnia 19. stycznia 1912.

Zagajając zebranie, prezes kol. Radca Chłapowski zawiadamia, że Dr Zanietowski z Krakowa oświadczył chęć przybycia do Poznania z wykładem.

1) Kol. Łazarewicz: **O współczesnym stanie nauki o nieżycie macicy** (odczyt ten ukazał się w »Nowinach lekarskich«).

W dyskusyi zaznacza kol. Pomorski, że opierając się na doświadczeniu własnem, stwierdzić musi, iż istnieje »endometritis glandularis hyperplastica«. Ta sprawa powstaje jego zdaniem wskutek zmian w jajnikach. — Kol. Łazarewicz uzupełnił wykład oświadczeniem, że później omówi dokładniej stronę kliniczną, na razie ograniczył się do omówienia zmian anatomicznych.

2) Z dorocznego sprawozdania sekretarza kol. Dra Dembińskiego, z czynności Wydziału wyjmujemy następujące szczegóły: Posiedzeń Wydział odbył 17, na których wygłosili odczyty koledzy 1) Chłapowski: Znaczenie powietrza jako czynnika w patogenezie nagłego rozszerzenia żołądka i zaciśnięcia ostrego dwunastnicy. 2) Dziembowski: O hormonach. 3) Falgowski: O trudnościach rozpoznawania w ginekologii. 4) Jezierski: Leczenie choroby Basedowa ze stanowiska internisty. 5) Karwowski: a) Rentgenoterapia w ginekologii, b) Leczenie choroby Basedowa promieniami Roentgena. 6) Kramsztyk: O zaburzeniach odżywiania niemowląt w świetle najnowszych badań. 7) Prof. Kryński: O chirurgicznem leczeniu choroby Basedowa. 8) Łazarewicz: a) O anafilaksyi część II, b) O hormonach w świetle badań Prof. Popielskiego, c) O komórkach plazmatycznych w ginekologii. 9) Mieczkowski: O martwicy żuchwy w przebiegu cukrzycy. 10) Stemborn: O odczynie Wassermanna. 11) St. Szuman: O postaci psychozy maniakalno-depresyjnej z paranoidalnym odcieniem. 12) Prof. Zawidzki: O koloidach oraz ich znaczeniu w procesach pobierania wody przez organizmy zwierzęce. 13) Zakrzewski: Przyczynek do fizyologii smaku w zastosowaniu do sztuki kuchennej. 14) Gantkowski: Sprawozdanie z XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. 15) Łazarewicz: Sprawozdanie z I. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi.

Przedstawiali chorych koledzy: Chłapowski (2), Falgowski (3), Karwowski (10), Kroll (3), Krysiewicz (1), Łazarewicz (2), Mieczkowski (8), Nowakowski (4), Pomorski (4).

Wydział zajął się gorliwie przygotowaniem wycieczki na XI Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie, w którym też w znacznie większej liczbie niż dotąd wzięto udział z Zaboru pruskiego.

Zebranie Wydziału z dnia 1. lutego 1912.

1) Kol. Radca Panieński przedstawił przypadek **stwardnienia rozsianego** u 19-letniej dziewczyny, która doznała przed 2 laty silnego wstrząśnienia umysłowego. Z początku wystąpiło osłabienie w nogach i rękach, potem zawroty głowy i zmiany psychiczne. Obecnie drżenie gałek ocznych i rąk przy ruchach. Odruchy kolanowe słabo wzmożone, objawów kurczowych (spastycznych) nie ma, co przemawiałoby przeciw stwardnieniu. Mimo to mówca sądzi, że chodzi o tę chorobę. Leczenie jodem, arszenikiem, kąpielami, miesieniem i t. d. bez widocznego skutku.

2) Kol. Panieński przedstawia 69-letnią kobietę z bólem głowy od 3 lat, chodem niepewnym od 3 kwartałów, co obecnie zmusza chorą do stałego leżenia w łóżku. Do tego przyłączyły się teraz napady drgawek z utratą przytomności, trwające do 10 minut. Niema żadnych objawów rdzeniowomózgowych w postaci porażeń. Rentgenogram wykazał, że chodzi o wyrośl kostną na czaszce, wielkości jaja kurzego. Wyrośl wytworzyła się na podstawie stłuczenia, doznanego przed 20 laty, gdy chorej spadła belka na głowę, co jednak wówczas nie wywołało poważniejszych zaburzeń.

W dyskusyi podnosi kol. Szuman, że przypadek stwardnienia rozsianego jest bardzo ciekawy, ale typowy wobec znamiennych objawów drżenia gałek, drżenia przy ruchach i t. d. Brak jednego lub drugiego objawu nie może wpłynąć na rozpoznanie, ponieważ objawy za życia nieraz są mało wybitne.

3) Kol. Chłapowski: **Rozbrojenie ustrojów na powtórne wprowadzenie innorodnego białka, a znaczenie anafilaksyi.**

Tylko po powtórnem wstrzyknięciu koloidu organicznego następuje anafilaksya, nie zaś po krystaloidach. Pierwsza dawka staje się jadorodną, a gdy się połączy z drugą dawką, staje się anafilaktyną. Richet twierdzi, że we krwi tak uodpornienie, jak rozbrojenie wytwarza zmiany, które nadają ustrojowi tzw. »osobowość humoralną«. Tłomaczy to wiele trudnych do zrozumienia zjawisk, n. p. idiosynkrazyę. Prelegent przedstawia próbę na 4 świnkach morskich, które jednak (wskutek technicznego błędu przy pierwszem wstrzyknięciu) nie ucierpiały, a jedna tylko oślepła na jedno oko i jest gorzej odżywiona od innych.

Dyskusya: Kol. Łazarewicz wyraża nadzieję, że w ciekawą sprawę anafilaksyi wnikniemy jeszcze głębiej, skoro fizyologia chemiczna bliżej się nią zajmie. Może we krwi z drugiej dawki białka tworzą się peptony, które są jadem dla krwi. Friedberger odłączył z białka t. zw. anafilatoksynę, która pod względem trujących własności podobna jest do peptonów. — Kol. Chachamowicz wyraża obawę wobec podanych teoryi, czy surowica przeciwbłonicza przy powtórnem wstrzyknięciu nie może działać szkodliwie; sam nie widział ujemnego wpływu. — Kol. Kapuściński widział przypadek, w którym po 9 miesiącach wstrzyknięta powtórnie surowica wywołała bardzo silne objawy odczynowe. — Kol. Zakrzewski zapytuje, czy jest ustalona reguła, kiedy po raz drugi wolno wstrzyknąć surowicę. — Kol. Jezierski stwierdza, że w przypadku Langerhansa surowicę wstrzyknięto wogóle pierwszy raz. W przypadku zaś kol. Kapuścińskiego widocznie chodziło o objawy posurowicze, a nie o anafilaksyę. Co do powtórnego zastosowania surowicy, to dotąd reguł pewnych nie ma, jedynie możnaby się kierować zmianą ciśnienia krwi. Obniżenie jego możnaby uważać za przeciwwskazanie. W klinikach berlińskich wstrzykiwano dzieciom zapobiegawczo co trzy miesiące surowicę przeciwbłoniczą, co wywoływało objawy, dające się wytłomaczyć anafilaksyą, jednakowoż śmiertelność nie była wielka. Należy w razie powtórzenia wstrzyknięcia stosować raz końską, raz owczą surowicę.

Adam Karwowski.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Dnia 27 kwietnia r. b. odbyło się w hotelu Union posiedzenie Towarz. lekarzy polskich, na które przybyli przedstawiciele Tow. lekarzy polskich w Detroit i okolicy: Dr E. Koneczny i Dr S. Lachajewski.

W nieobecności prezesa, Dra Żurawskiego, zagaił posiedzenie wiceprezes Dr A. Pietrzykowski, przedstawiając cel zebrania i powołując Dra S. Konecznego do głosu.

Dr Koneczny przedstawił wypadki ostatnich czasów w Detroit, gdzie za wpływem tamtejszego Tow. lekarzy polskich nastąpił cały szereg procesów kryminalnych

za nadużycia, jakich dopuszczali się niesumienni lekarze w praktykach swoich, urągających nietylko najelementarniejszym zasadom etyki lekarskiej, lecz narażających chorych na szkody na zdrowiu i straty finansowe. Mowca napiętnował spółki niesumiennych lekarzy lub pseudo-lekarzy, ogarniające jakby siecią pajęczą cały szereg miast w Stanach Zjednoczonych. W mieście Detroit było do ostatnich czasów kilkanaście takich »instytutów«, z których większe, jak: Hunt, Atkinson, Kennedy, Dr Kennedy, Young, Shierson i Biel zbierały olbrzymie sumy przez oszukiwanie ciemnych mas. »Instytut« Hunt dawał około czterech tysięcy dolarów zysku tygodniowo. Firma Younga miała za rok 1911 62.000 dolarów czystego zysku, a inne także zbierały wielkie sumy pieniędzy. Właścicielami tych »instytutów« byli ludzie, którzy nie są sami lekarzami, mają jednak pieniądze, którymi opłacają lekarzy posiadających licencyę stanową, wielkie lokale, ogłoszenia i agentów do »ściągania interesantów«. Jeden z takich właścicieli, milioner Atkinson z Cincinati, ma około 20 zakładów w różnych miastach Stanów Zjednoczonych i co pewien czas, gdy kierownik instytutu »lekarz« traci już zaufanie publiczności w pewnem mieście, przeniesiony zostaje do takiegoż »instytutu« do innego miasta. Prokuratorya w Detroit zebrała dużo cennych zeznań w tej sprawie, zarówno od poszkodowanych, jak i od aresztowanych »lekarzy«. Ze sprawozdań tych dowiedziano się, że każdy taki »instytut« trzymał tak zw. »casemakers«, to znaczy agentów, naganiaczy, których obowiązkiem było ściąganie pacyentów. Agenci tacy operowali między robotnikami nie Amerykanami. Z książek, które prokuratorya zabrała z tych »instytutów«, przekonano się, że 98% klientów stanowili nie Amerykanie, głównie Polacy, Słowacy, Litwini i Włosi. Celem takiego »casemakera« jest dostać tylko ofiarę do »instytutu«. Resztę załatwia się już na miejscu. Zaaresztowany »doktor« Shierson zeznał przed prokuratoryą, że w instytutach wmawia się chorobę w ludzi zdrowych zupełnie, byleby tylko wyciągnąć od nich pieniądze. Najzdrowszych ludzi straszono, że są najniebezpieczniej chorzy, że cud, ręka opatrzności sprowadza ich w porę do instytutu, że gdyby nie zabrali się natychmiast do leczenia, śmierć jest nieunikniona za kilka tygodni. Najczęściej to się udawało, gdyż prostak, któremu pokazano, jak wygląda ręka pod promieniami Roentgena, wierzył, że „doktor« widzi wszystko w jego ciele i może śmiało powiedzieć, co tam »brakuje«. O ile jednak znaleźli się uparci, w których nie można było wmówić choroby, wtedy nawet szczepiono im choroby w »instytucie«. Są na to liczne dowody; potwierdził to zresztą Shierson. Ciekawem jest również, że chorym wprost przemocą odbierano pieniądze. „Casemakerzy« przetrząsali kieszenie w ubraniu chorego wtedy, gdy ten był badany przez »lekarza«, albo też unieruchomiano ofiarę zapomocą silnego prądu elektrycznego i wtedy wyciągano pieniądze z kieszeni.

Tow. lekarzy polskich w Detroit postanowiło położyć kres temu bezczelnemu i zbrodniczemu wyzyskowi i uszkadzaniu zdrowia ludzkiego. Zwróciło się więc do prasy miejscowej z prośbą o zdemaskowanie tych »instytutów« i usunięcie ich ogłoszeń. Gdy się to nie powiodło, lekarze wycofali swoje ogłoszenia z pism; dalej zwrócili się do wszystkich ogłaszających się, aby nie dawali ogłoszeń do pism, które umieszczają ogłoszenia »instytutów« i rozpoczęli u prokuratoryi starania o pociągnięcie winnych do odpowiedzialności. Po zebraniu całego szeregu zeznań, które dowodziły, że te »instytuty« lecznicze rzeczywiście popełniały zarzucane im przestępstwa, prokuratorya wydobyła waranty przeciw najbardziej znanym oszukańczym firmom leczniczym i pismom, w których się one ogłaszały. Sąd uznał winę i zasądził na karę 100 dolarów lub 3 miesiące więzienia. Kara jest stanowczo za mała za tego rodzaju przestępstwa. Lekarze z Detroit pocieszają się jednak tem, że prawa stanu Michigan nie pozwalają praktykować lekarzowi karanemu przez sąd, przez co wszyscy karani pozbawieni są możności krzywdzenia społeczeństwa w Detroit raz na zawsze.

Dr Lachajewski z Detroit przemawiał także na ten temat i przytaczał różne sposoby, jakimi owa szajka oszustów potrafi w swoje sieci wciągać ofiary. Z relacyi Dra Konecznego i Dra Lachajewskiego dowiedziano się także, że w sprawie pociągnięcia owych pseudolekarzy przed kratki sądowe wielką pomocą byli zastępca prokuratora p. L. Kościński i adwokat p. J. Gardulski.

Z kolei zabierali głos członkowie Tow. lekarzy w Chicago i przedstawili cały szereg niemoralnych i nieetycznych środków, jakimi posługują się szalbierze lekarscy w Chicago. Wywiązała się ożywiona dyskusya, w której zabierali głos: Dr Pietrzykowski, Statkiewicz, Żurawski, Balcerzak, Gierałtowski, Szymański, Boguszewski, Czaki i inni, tudzież delegaci z Detroit. Po wyczerpującej dyskusyi Dr Statkiewicz przedłożył wniosek, aby napowrót powołać do życia zawiązane w czasie Kongresu narodowego polskiego »Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce«, które od dwóch przeszło lat znaku życia nie daje, i wspólnemi siłami popierać interesa moralne i naukowe lekarzy polskich w Ameryce, tudzież walczyć z wyzyskiwaczami pseudolekarzami, przynoszącymi nieobliczalną szkodę cierpiącej ludzkości. Wniosek jednogłośnie przyjęto; do prac przygotowawczych zostali powołani: Dr Koneczny, Lachajewski, Statkiewicz, Szymański i Boguszewski. Dr Żurawski został wydelegowany jako reprezentant Tow. lekarzy polskich do współdziałania z amerykańskim »Chicago Medical Society«, które rozpoczyna systematyczną pracę w celu wyniszczenia szalbierczych instytucyi pseudolekarskich i usunięcia ich ogłoszeń z prasy.

Dr A. Balcerzak, sekretarz.

---

41. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 10—13 kwietnia 1912)

podał

Dr Adolf Klęsk.

1) Lampe (Bydgoszcz). **O stosowaniu olejku kamforowego przy zakładaniu i szwie ran operacyjnych.** L. zaleca wcierać w skórę koło zamierzonego cięcia, jako też wlewać do rany olejek kamforowy, jako środek wiążący drobnoustroje i wywołujący przekrwienie tkanek.

2) Dreyer (Wrocław). **Badania nad ilością i rodzajem drobnoustrojów wyhodowanych z ran jałowych.** Nawet w ranach najczystszych spotyka się drobnoustroje, lecz nie jadowite i w skąpej ilości.

3) Leiermann zaleca do **odkażania** swoje mydło i pastę z glinki armeńskiej (bolus).

4) Heyde (Marburg) omawia jałowy rozpad tkanek i trujący wpływ jego na ustrój.

5) Kleinschmidt (Lipsk). **Doświadczalne badania nad zatorem powietrznym.** Śmierć z zatoru powietrznego polega na ustaniu czynności prawej komory i małego krążenia. Najodpowiedniejszem leczeniem byłoby nakłucie prawej komory i aspiracya powietrza. Skutecznie zapobiega ewentualnemu zatorowi ułożenie chorego z miednicą do góry.

6) Kuhn zaleca specyalne podwójne ubrania celem wykonywania przez nie **miesienia pod wielkiem ciśnieniem,** przyspieszania krążenia i t. p., zapobiegawczo przeciw zakrzepom, w leczeniu złamań, cierpień stawów, zastoin i t. p.

(Ciąg dalszy nastąpi).



Prof. Dr Włodzimierz Wysokowicz.

Po pięcioletnich ciężkich cierpieniach zmarł 26. maja b. r. w Kijowie profesor tamtejszego Uniwersytetu, Włodzimierz Wysokowicz, wybitny bakteryolog i patolog, człowiek wysokiej nauki i energiczny działacz społeczny, któremu między innemi Kijów zawdzięcza powstanie Zakładu bakteryologicznego, oraz wiele instytucyi użyteczności publicznej.

Ś. p. Wysokowicz, Polak i katolik, urodził się w Hajsynie, w gubernii podolskiej, w roku 1854. Ukończył gimnazyum i uniwersytet w Charkowie. W r. 1876 wprost z ławy uniwersyteckiej jako lekarz wojskowy brał udział w kampanii tureckiej. W r. 1882 został nadetatowym asystentem przy katedrze anatomii patologicznej w uniwersytecie charkowskim. W tym czasie delegowano go na dalsze studya zagranicę.

Pomimo swych zdolności i ustalonej już opinii naukowej, Wysokowicz długo nie mógł otrzymać katedry profesorskiej, chociaż niejednokrotnie był proponowany przez kolegium profesorów. Otrzymał ją dopiero w r. 1895 i od tego czasu datuje się najwybitniejszy okres jego działalności naukowej i społecznej. Delegowany przez rząd uczestniczył w badaniach międzynarodowej komisyi nad dżumą w Bombaju. W r. 1899 prowadził badania nad dżumą w Kołobowce, w gub. astrachańskiej, w Kijowie prowadził walkę z cholerą. Rada miejska zasięgała jego opinii, ilekroć zagrażała miastu jakakolwiek epidemia. Podczas wojny rosyjsko-japońskiej delegowano go jako najwybitniejszego epidemiologa na teatr wojny.

Prace swoje ogłosił wszystkie w językach obcych.

Ś. p. Wysokowicz zdobył sobie swą wiedzą i prawością charakteru wielkie uznanie kolegów i szacunek słuchaczy.

Wiadomości bieżące.

Marszałek kraju, J. E. Stanisław hr. Badeni, ustępując z powodu nadwątlonego zdrowia ze swego stanowiska, pozostawia rozpoczętą wielką akcyę inwestycyjną w szpitalnictwie krajowem, podjętą szczególnie w ostatnich pięciu latach jego rządów. Już ze względu na tę doniosłą sprawę, nie mówiąc o innych ważnych reformach sanitarnych, leżących w ręku Sejmu i Wydziału krajowego, obchodzi zmiana Marszałka kraju bardzo żywo także najszersze koła lekarskie.

Uważane za rzecz już pewną powołanie na stanowisko Marszałka Adama hr. Gołuchowskiego budzi w kołach lekarskich pomyślne nadzieje, uzasadnione wieloletnią działalnością hr. Gołuchowskiego na stanowisku prezesa Sejmowej komisyi sanitarnej, na którem poznał dokładnie stan i potrzeby kraju w zakresie sanitarnym.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 5. VI. posiedzenie, na którem Dr Blassberg miał wykład: »O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego« (Część I).

— Kolonia lecznicza w Rabce dla dzieci, dotkniętych zołzami i gruźlicą, dobiega 25 lat istnienia. Jeszcze w roku 1879, a więc niemal dwadzieścia lat przed podjęciem w Europie systematycznej walki z gruźlicą, poruszył prof. M. L. Jakubowski myśl założenia sanatoryum dla dzieci przy jednym ze zdrojów słonojodowych w Galicyi, opierając swój projekt na tychsamych podstawach, które kierują nowoczesną akcyą przeciwgruźliczą. Piękna myśl prof. Jakubowskiego z powodu braku funduszów nie mogła się odrazu spełnić; dopiero w r. 1887, zgromadziwszy pewien fundusz dzięki wytrwałym staraniom wnioskodawcy i ś. p. ks. Marceliny Czartoryskiej, przystąpiło »Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie« do założenia kolonii, uznawszy za najodpowiedniejszą na ten cel Rabkę. W kolonii, mieszczącej się zrazu w domu wynajętym, leczyło się w 2 pierwszych latach tylko po 25 dzieci; już jednak w r. 1889 miała kolonia budynek własny i od tego czasu, działała w coraz szerszym zakresie, stopniowo rozszerzając ów budynek, a w końcu w r. 1904 przeniósłszy się do nowego obszernego gmachu, zbudowanego kosztem 64.940 koron i otoczonego obszerną (124 ar. 46 m^2) wolną przestrzenią, opartą o las szpilkowy. W r. 1911 wreszcie uzupełniono urządzenie kolonii budową własnych łazienek, zaopatrywanych wodą solankową z osobnej, nowo wywierconej studni mineralnej. Gmach kolonii, zawierający 9 sypialni, wielką salę jadalną, salę zabaw, kaplicę, mieszkania Sióstr miłosierdzia, oddział izolacyjny i t. d., może pomieścić naraz wygodnie 90 do 100 dzieci. W osobnych pawilonach są pomieszczone kuchnie, pralnie, łazienki i infirmerya.

Fundusze, jakie kolonia obecnie posiada, wynoszą okrągło około 43.000 koron. Fundusze to zbyt małe, aby kolonia mogła swą działalność rozwinąć w całej pełni, toteż działała ona dotąd tylko w sezonach wiosennych i letnich od 1 czerwca do 30 września. Mimo tych trudności zdołała kolonia zapewnić dobrodziejstwo leczenia solankowego w ciągu 25 lat 2420 dzieciom; dni leczenia było przez ten czas 104.281, a koszta dobiegły ogólnej sumy 113.143 kor. (średnio dziennie na głowę 1·08 k.). Dzienny koszt utrzymania w ostatnich latach z powodu powszechnej drożyzny raptownie wzrósł (dochodząc w r. 1911 do 1·72 kor.), co oczywiście tem więcej utrudniło szerszą działalność, do której kolonia wytrwale zmierza, przygotowując się do przekształcenia na sanatoryum, czynne bez przerwy przez cały rok.

Warunkiem tego jest w pierwszym rzędzie uruchomienie, funduszów krakowskiego Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci które przedstawia obecny szpital św. Ludwika. Wypełniwszy swoje zadanie w zakresie szpitalnego leczenia dzieci, zastępując na tem polu kraj przez długie lat szeregi, pragnie Towarzystwo wypełnić teraz w szerszym zakresie inne swoje zadania i stwarzając stałe sanatoryum przeciwgruźlicze dla dzieci, wykończyć to dzieło, dla którego pierwsze na ziemiach polskich, a jedno z pierwszych w Europie środkowej, położyło przed ćwierć wiekiem podwaliny.

W jubileuszowym roku kolonii rabczańskiej życzymy jej i Czcigodnemu jej Założycielowi jaknajrychlejszego spełnienia się tych zamiarów.

— P. Jan Robel, asystent Wydziału lekarskiego U. J., promowany został na doktora filozofii »sub auspiciis imperatoris«.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Ludwik Grabczak, rodem z Krakowa.

— Wycieczkę naukową do zdrojowisk galicyjskich odbyło pod kierunkiem prof. Dr Kučery grono 27 słuchaczy Wydziału lekarskiego lwowskiego. Sprawozdanie z wycieczki ogłasza w »Kuryerze lwowskim« Dr Mikołajski, który jej towarzyszył.

— Na Wydział lekarski we Lwowie zapisało się w półroczu letniem r. b. 400 słuchaczy i 68 słuchaczek.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. V. do 1. VI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (obcych 1 † —), krztuśca —, ospy wietrznej 6 † — (— † —), płonicy 4 † 1, odry 1 † — duru brzusznego 2 † — (— † —), róży 1, ospy prawdziwej —, zap. przyusznicy 4. Dr Janiszewski.

— **Warszawa.** Na Zjeździe higienicznym we Włocławku postanowiono urządzić następny Zjazd w Sosnowicach dopiero w r. 1914, ponieważ w r. 1913 ma się odbyć ogólny Zjazd higieniczny polski we Lwowie.

— Prezesem Stowarzyszenia lekarzy wybrany został Dr K. Chełchowski, wiceprezesem Dr K. Rzętkowski, sekretarzem Dr J. Winiarski, skarbnikiem Dr T. Reutt, bibliotekarzem Dr M. Zwejgbaum.

— »Zdrowie« poświęciło swój zeszyt czerwcowy Wszechnicy lwowskiej.

Łódź. Jak już donosiliśmy, podjęło Towarzystwo lekarskie łódzkie żywą akcyę celem zorganizowania walki z nieustającą w Łodzi ospą. Wybrana przez Towarzystwo komisya zwróciła się do władz miejskich, do duchowieństwa i t. p. o zarządzenie resp. propagandę szczepień ochronnych. Władze miejskie nie rozwinęły jednak dostatecznej energii. Dr St. Skalski, jeden z członków komisyi Tow. lek., wskazując w »Gazecie łódzkiej« (Nr 92 i 93) na ponowne mnożenie się przypadków ospy w Łodzi, nawołuje władze miejskie do działania, dotąd bowiem nie urządzono miejskich stacyi szczepienia ospy, a budowa szpitala miejskiego dla chorób zakaźnych, projektowana na ten rok, została... odłożona do przyszłej wiosny; nie przywrócono nawet urzędowej regestracyi przyczyn śmierci, skasowanej (sic!) przed kilku laty, tak że nawet nie można stanu epidemii dokładniej kontrolować.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 20. V. do 3. VI. 1912 przypadków: ospy 5 † 1, róży 2. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Tytuł »radcy medycynalnego« (Medizinalrath) ma być według postanowienia cesarskiego z d. 22. lutego 1912 nadawany odtąd w Austryi lekarzom, zasłużonym w swoim zawodzie; w szczególnych przypadkach nadawany będzie tytuł »starszego radcy medycynalnego« (Obermedizinalrath).

Pierwszym, który otrzymał to nowe odznaczenie i mianowany został »starszym radcą medycynalnym«, jest Dr Katholicky, emerytowany prymaryusz w Bernie.

— W Charbinie obchodzono jubileusz 25-letniej pracy zawodowej Dr Józefa Grabowskiego, wychowańca uniwersytetu warszawskiego.

Zmarli: okulista doc. Kunn, redaktor »Wiener klinische Rundschau« w Wiedniu; okulista prof. Gunning w Amsterdamie; znakomity botanik prof. Strasburger, z pochodzenia Warszawianin, w 69 r. ż. w Bonn.

Bibliografia.

Paris médical, tygodnik, wydawany pod redakcyą prof. Gilberta przez księgarnię I. B. Baillière et fils (19 rue Hautefeuille), poświęcił pierwszy swój zeszyt czerwcowy wyłącznie chorobom wątroby, trzustki i śledziony. Ogólny przegląd prac w tym zakresie, ogłoszonych w r. 1912, podaje prof. Carnot. Następują artykuły prof. Guillaina: »Choroba zakaźna, znamionująca się żółtaczką i objawami oponowymi«, Dr Lereboullet: »Leczenie kolki wątrobnej«, Dr Roux: »Objawy trzustkowe«, Dr Mathieu: »Torbiele trzustki«, Dr Weila: »Gruźlica śledziony«, Dr Clerca: »Wskazania do wycięcia śledziony«.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 14. czerwca 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr M. Blassberga: O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego. (Część II).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Brixen (Tyrol południowy). W r. b. buduje się lecznica miejska ze szpitalem (180—200 łóżek). Nadto powstaje szereg pięknych domów i wil, przebudowuje się hotel »Bahnhof«, buduje się hotel »Tirol« (prawie na ukończeniu), posiadający 90 pokoi, sal towarzyskich i t. d.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LI. Kraków, dnia 15. czerwca 1912. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali *)

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

I my nie sądzimy, ażeby histerya w większości przynajmniej przypadków, przy zastosowaniu wszelkich środków leczniczych, a ewentualnie nawet i przy umieszczeniu chorej w odpowiednio urządzonym zakładzie leczniczym, mogła dawać wskazanie do przerwania ciąży. Jedynie tylko w tych przypadkach, w których na tle histeryi wyrosną tego rodzaju objawy, jak szałowe podniecenie z krócej lub dłużej trwającymi stanami zamroczenia, dezoryentacyą i omamami, bredzenia i inne, jedynie tylko w tych przypadkach po bezskutecznem zastosowaniu wszelkich znanych nam zabiegów leczniczych i przy widocznym ujemnym wpływie tej choroby na ustrój ciężarnej, zachodzić może, jak we wspomnianym już przypadku Valenta i Krafft-Ebinga, potrzeba sztucznego przerwania ciąży.

Dla uzupełnienia dodać nam wreszcie należy, że Pick uważa i tak zwany stan histero-padaczkowy (status hysteroepilepticus) za wskazanie do wzniecenia poronienia, a to dlatego, ponieważ, jak to było w jednym z jego przypadków, stan taki doprowadzić może i do zejścia śmiertelnego. Podobnie sądzi i Jolly [1]), że ciężkie przypadki histero-epilepsyi mogą czasem dawać wskazanie do przerwania ciąży.

II. Na tem kończymy nasze wywody co do wskazań dla przerywania ciąży w nerwicach, powikłanych zaburzeniami w sferze psychicznej, a przechodzimy obecnie do omawiania wskazań w e w ł a ś c i w y c h c h o r o b a c h u m y s ł o w y c h.

Zaznaczamy tu jednak odrazu, że w referacie naszym nie będziemy się zajmować ani dla naszej sprawy mało znaczącemi zboczeniami w sferze psychicznej, jak popędem do spełniania zbrodniczych czynów (kleptomania, podpalania i t. d.), a które to zboczenia wchodzą w zakres tak zwanych popędów przymusowych; ani też nie będziemy się zajmować pewnemi lekkimi, prawie każdej ciąży towarzyszącymi stanami podniecenia lub przygnębienia i smutku, a przejdziemy odrazu do właściwych psychoz, spotykanych u kobiet ciężarnych. A to dlatego, ponieważ wszystkie powyżej wymienione zboczenia nie stanowią nigdy wskazania do wzniecenia poronienia lub przedwczesnego porodu.

Na jak wielkie trudności napotyka psychiatra przy stawianiu wskazań do przerwania ciąży ze względu na choroby umysłowe matki, za tem przemawia najlepiej fakt, że w żadnem innem zagadnieniu nie znajdujemy tylu sprzeczności, ile w tem, którem się tu dzisiaj zajmujemy. Przyczyny tego należy niewątpliwie dopatrywać się w tem, że określenie i klasyfikacya tych chorób umysłowych, które psychiatrzy nazywają psychozami porodowemi, są jeszcze dzisiaj bardzo niedostateczne.

Ponieważ nie jest jednak zadaniem naszem omawianie klinicznego przebiegu poszczególnych psychoz porodowych, ani też ocenianie tego, czy słusznie zaprzecza się już dzisiaj istnieniu jakichś swoistych chorób umysłowych, któreby wyłącznie tylko rozwijały się w przebiegu ciąży, przeto zajmiemy się w naszych wywodach jedynie tylko wskazaniami do przerwania ciąży, a stronę kliniczną zaburzeń psychicznych poruszymy tylko o tyle, o ile się to przyczynić może do lepszego zrozumienia samych wskazań. Dla łatwiejszego zaś zoryentowania się i dokładniejszego rozpatrzenia tych wskazań wszelkie choroby umysłowe spotykane w przebiegu ciąży podzieliliśmy na trzy kategorye.

A) Do pierwszej z nich należy według tego podziału zaliczyć te choroby umysłowe, które już istniały przed zajściem kobiety w ciążę. Tu więc dołączyła się ciąża do już istniejącej choroby umysłowej. Nie są to zatem psychozy porodowe w ścisłem tego słowa znaczeniu i jako takie nie są też one objęte żadną z powyżej już wymienionych prac i statystyk.

B) Do drugiej kategoryi należą te choroby umysłowe, które pojawiły się wprawdzie w przebiegu ciąży, ale u kobiet, które przechodziły już kiedyś dawniej taką samą chorobę umysłową, zupełnie niezależnie jednak od ciąży.

C) Do trzeciej wreszcie kategoryi zaliczamy te choroby umysłowe, które poraz pierwszy dopiero pojawiły się w przebiegu ciąży u kobiet przedtem zupełnie zdrowych, jakkolwiek często już neuropatycznych, względnie psychopatycznych.

Jak więc z tego widać, podział nasz nie opiera się

[1]) Die Indikationen des künstlichen Abortes. Neurol. Centralb. 1901, str. 1022.

na razie ani na etyologii, ani też na przebiegu chorób umysłowych, spotykanych w przebiegu ciąży. W podziale tym nie rozdzielamy psychoz, które się rozwijają z przyczyn wewnętrznych (endogen), od tych, które się pojawiają z przyczyn zewnętrznych (exogen) według Möbiusa. Nie uwzględniamy również podziału Olshausena na choroby umysłowe zakaźne, intoksykacyjne i idyopatyczne, ani też podziału Rungego na psychozy symptomatyczne i idyopatyczne, a podział nasz, niezależny zupełnie od etyologii, symptomatologii i przebiegu, utworzyliśmy dowolnie, jedynie tylko dla lepszego zoryentowania się we wskazaniach dla przerywania ciąży w przebiegu najrozmaitszych chorób umysłowych.

Ad A). Do tej kategoryi należą wszelkie znane nam choroby umysłowe, a ponieważ nie stoją one w tych przypadkach w żadnym genetycznym związku z ciążą, lecz ciąża dołączyła się tu do już istniejącej choroby umysłowej, przeto nie stanowią one nigdy wskazania do przerwania ciąży ze względu na zdrowie i życie ciężarnej, a mogą jedynie wchodzić w rachubę przy rozważaniach nad wskazaniami do przerwania ciąży w chorobach umysłowych matki ze względu na jakość mającego urodzić się płodu, — o czem jednak później. Nie stanowią zaś one wskazania do przerwania ciąży, mimo, że w pewnej przynajmniej liczbie przypadków ciąża wpływa niekorzystnie na przebieg tych chorób umysłowych, potęgując chwilowo ich objawy. A to dlatego, że ów szkodliwy wpływ ciąży na te choroby nie występuje stale, że w większości tych przypadków pogorszenie się tej sprawy chorobowej tak jest nieznaczne, iż nie stoi ono w żadnym stosunku do powagi takiego zabiegu, jakim jest każde przerywanie ciąży u umysłowo chorej kobiety, że wreszcie przerwanie ciąży nie usuwa choroby umysłowej, która rozwinęła się w tych przypadkach zupełnie niezależnie od ciąży.

Dla uzupełnienia dodać musimy, że w pewnych chorobach umysłowych, np. w porażeniu postępowem (Régis) [1]) i innych przewlekle przebiegających chorobach umysłowych, ciąża nietylko nie pogarsza psychozy, ale może nawet wywołać przerwę lub zwolnienie (Marcé, Griesinger, Porporati) [2]), podobnie, jak i ostre choroby gorączkowe.

Ad B). W tych przypadkach ciąża i choroba umysłowa zeszły się albo przypadkowo, jak dwie różne i niezależnie od siebie przebiegające sprawy, albo też ciąża była owym czynnikiem wywołującym, który dał bodziec do nawrotu u kobiety, skłonnej do zapadania na choroby umysłowe.

Do tej kategoryi należą przedewszystkiem owa wielka grupa psychoz okrężnych maniakalno-depresyjnych Kräpelina i przedwczesne otępienie umysłu. I te choroby nie stanowią prawie nigdy wskazania do przerwania ciąży ze względu na zdrowie matki, a to dlatego, że i one nie pozostają w istotnym patogenetycznym związku z ciążą, jak to już zaznaczyliśmy powyżej. Podkreślamy, że użyliśmy zwrotu »prawie nigdy«, a to z tego powodu, że w pewnych przynajmniej przypadkach mogą choroby te dawać wskazanie do przerwania ciąży, a to tam mianowicie, gdzie z poprzednio przebytych już ciąż wynika, że każdorazowe zajście kobiety w ciążę połączone było z nawrotem lub pogorszeniem się sprawy chorobowej.

W związku z tem pozostaje sprawa tak zwanego zapobiegawczego przerywania ciąży, które ma na celu niedopuszczenie do ponowienia się choroby umysłowej u kobiet, skłonnych do zapadania na jedną z wymienionych już psychoz, a to podczas każdorazowego ich zajścia w ciążę. Otóż z Alzheimerem, Quenslem i E. Meyerem stoimy na stanowisku bezwzględnego wyczekiwania w takich przypadkach, a to z tego powodu, że warunki dla każdej ciąży układają się inaczej, że więc nigdy nie jest rzeczą konieczną, aby choroba umysłowa, która towarzyszyła jednej ciąży, musiała pojawić się i przy następnych ciążach. W tym kierunku spotykamy zresztą ogromną różnorodność, zależną także i od rodzaju raz już przebytej choroby umysłowej.

Tak np. prawdopodobniejszym jest nawrót katatonii lub psychozy maniakalno-depresyjnej, aniżeli bezmysłu (amentia) lub obłędu ostrego (delirium acutum).

W każdym razie na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń nie należy zdaniem naszem przerywać ciąży w celach zapobiegawczych; z drugiej jednak strony zalecamy nadzwyczaj ścisłą obserwacyę w takich przypadkach, tak ażeby przy pierwszych zwiastunach zbliżającej się choroby umysłowej ciążę ukończyć. Nie zalecamy zaś sztucznego przerywania ciąży przed pojawieniem się pierwszych zwiastunów choroby umysłowej i z tego powodu, ponieważ każde sztuczne przerywanie ciąży, podobnie zresztą jak i sam poród na czasie, nietylko nie chroni, ale nawet naraża ciężarną na ewentualne zakażenie, a następnie i na ostrą psychozę zakaźną. Tak więc, jak słusznie powiada Wagner [1]), zabiegiem naszym sprowadzić możemy to, czego właśnie chcieliśmy uniknąć przy pomocy tego zabiegu.

Co do przedwczesnego otępienia umysłu wreszcie, to jakkolwiek Rheinhardt [2]) wskazuje na to, iż otępienie przedwczesne, które się objawia w okresie ciąży, daje gorsze rokowanie, aniżeli te przypadki przedwczesnego otępienia umysłu, które występują w jednym z dwóch okresów poporodowych, a Jolly wspomina o wybitnie ujemnym wpływie ciąży na przedwczesne otępienie umysłu, mimo to jednak nie widzi w niem Alzheimer żadnego wskazania do przerwania ciąży. A to dlatego, że jakkolwiek po przerwaniu ciąży stan chorej staje się chwilowo lepszym, to jednak choroba nie ustępuje i niezależnie od zabiegu doprowadza z czasem do zupełnego rozpadu władz umysłowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Symptomatologia stanów stenokardyalnych

podał

Dr Roman Glassner.

Poza typowymi napadami stenokardyi, której rozpoznanie jest zazwyczaj łatwe, jeżeli się pamięta o głównych

[1]) Paralysie générale et grossesse. Journal. de méd. de Bordeaux 1903, Nr 13. Jahresb. für Psych. u. Neurol.

[2]) Note clinique interno alle frenosi puerperale. Archiv. italian. 1879. Ref. Allgem. Zeitsch. für Psychiatrie. T. 36. str. 484.

[1]) Die psychiatrischen und neurologischen Indikationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. Wiener klin. Wochen. 1905, Nr 10.

[2]) Beitrag zur Lehre von den Puerperalpsychosen. Inaug. Dissert. Leipzig. Ref. Jahresb. f. Psych. u. Neurol. 1907.

objawach, podanych jeszcze przez Heberdena, istnieje cały szereg objawów, które przy braku typowych napadów bywają często błędnie tłómaczone, a ponieważ objawy te mają pozorny związek ze schorzeniami innych narządów, nierzadko zdarza się, że rozpoznanie nasze kierujemy na fałszywe drogi. — Błędy rozpoznawcze pochodzą jeszcze i z tego źródła, że rozpoznanie stenokardyi niejednokrotnie opiera się wyłącznie na opowiadaniu chorego; wiemy bowiem dobrze, że badanie przedmiotowe bywa często zupełnie ujemne. Słusznie też podkreśla cały szereg autorów, jak: Romberg, Mackenzie, M. Herz, Huchard i inni, że w pewnych przypadkach chorób sercowych szczególnie ważne są wywiady, one bowiem wyłącznie nieraz rozstrzygają o właściwem rozpoznaniu. Tem więcej nie wolno o tem zapominać, że stenokardya, która jest tak charakterystyczną dla zmian miażdżycowych tętnic wieńcowych serca, z chwilą wystąpienia przedmiotowych zmian w sercu, jak rozszerzenia i następowej niedomogi, zazwyczaj ustępuje, a zamiast niej rozwija się zwyczajny obraz przewlekłej niedomogi serca bez napadów stenokardyalnych.

Już w tem miejscu muszę podkreślić, że w ostatnich czasach wybitni badacze patologii serca, jak Mackenzie i Hoffman, występują stanowczo przeciw rozpowszechnionemu podziałowi stenokardyi na prawdziwą i rzekomą. Różne mogą być przyczyny, które obraz stenokardyi wywołują, ale z tego wcale nie wynika, aby istniały jakieś dwa typy stenokardyi, tembardziej, że stenokardya nie jest jednostką chorobową, jeno pewnym zbiorem objawów (syndrôme). Słusznie podnosi Mackenzie, że nikt nie posługuje się n. p. pojęciem pseudo-gastralgii, lubo i przyczyny wywołujące gastralgię są nader różne. Zarzucenie dawnego rozróżniania stenokardyi na prawdziwą i rzekomą (nerwową) jest o tyle jeszcze ważne, że położy kres rozmaitym błędom, jakie popełniano, starając się według charakteru objawów odróżniać jedną postać od drugiej. Stanowisko to jest jeszcze tem uzasadnione, że chociaż nie znamy istoty stenokardyi, to sama sprawa fizyologiczno-funkcyonalna, wywołująca napad stenokardyalny we wszystkich przypadkach bez względu na zmiany anatomiczne serca jest analogiczna. Za tą analogicznością objawów przemawia także i ta okoliczność, że jakiś czas utrzymywała się i poniekąd jeszcze utrzymuje się hipoteza, iż napad prawdziwy stenokardyalny jest następstwem skurczu tętnic wieńcowych serca, które z powodu zmian miażdżycowych już z natury rzeczy mają wązkie światło; napad zaś rzekomy miałby być skutkiem również skurczu tychże naczyń, który to skurcz dotyczy naczyń anatomicznie niezmienionych, a powstaje bliżej nieznaną drogą odruchową jako objaw naczynioruchowy (Huchard).

Na tych przypuszczeniach oparł Nothnagel opisaną przez siebie postać chorobową, którą nazwał »angina vasomotoria«.

Mackenzie nie podziela tych poglądów i przyjmuje, że wspólną przyczyną wszelkich napadów stenokardyalnych jest pewne wyczerpanie mięśnia sercowego, a w szczególności lewej komory serca. Wyczerpaniu może uledz tak mięsień zdrowy, jak i chorobowo zmieniony; z czego zatem wynika, że napadom stenokardyalnym podlegają ludzie tak ze zdrowem jak i z chorem sercem, o ile ich mięsień sercowy narażony jest na czynnościowe wyczerpanie.

Wychodząc z powyższego założenia, zrozumiemy, że rozróżnianie rodzaju stenokardyi na podstawie poszczególnych objawów jest niedopuszczalne, a co gorsza, że wiodąc do fałszywych wniosków, czyni rokowanie bardzo wątpliwem.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że Aug. Hoffmann stwierdził na dość rozległym materyale sekcyjnym zupełny brak makroskopowych i mikroskopowych zmian miażdżycowych tętnic serca, mimo iż za życia występowały klasyczne napady stenokardyi, a tyczyło się to osobników, u których sekcya stwierdziła różne rodzaje wad zastawkowych nie natury miażdżycowej. Mamy zatem nowy dowód, że bywają różne zmiany anatomiczne, a nawet brak zupełnie zmian anatomicznych u osób, które doznawały napadów stenokardyalnych.

Rozpoznanie typowego napadu stenokardyalnego, jak to już wyżej wspomniałem, nie przedstawia żadnych trudności; obraz jego bowiem jest tak charakterystyczny i swoisty, że kto raz tylko widział ciężki napad stenokardyalny, błędu rozpoznawczego nie popełni; nawet przeważnie z opowiadania chorego można rzecz dobrze rozpoznać, albowiem chory dość dobrze swój napad opisuje i podaje pewne stałe znamiona.

Inaczej ma się rzecz, gdy nie ma typowych napadów stenokardyalnych i tylko skargi chorego dotyczą t. zw. przypadłości stenokardyalnych.

Przypadłości te bywają bardzo różne tak co do objawów, jak i co do siedziby, a nadto prawie każdy chory inaczej je opisuje. Stwierdzić należy i to, że bardzo często chory taki nie doznaje ciężkich napadów stenokardyalnych, a natomiast całe życie cierpi na lekkie przypadłości stenokardyalne.

Uczucie pewnego ciężaru na klatce piersiowej jest objawem najczęstszym; temu objawowi towarzyszy uczucie ściśnienia klatki piersiowej i ucisku śródpiersiowego: wyraz »oppressio«, niedający się dobrze spolszczyć, najlepiej może odpowiada podmiotowemu uczuciu chorego. Stan ten niewątpliwie polega na skurczu mięśni klatki piersiowej; chory dla ulżenia sobie, a zarazem dla zwolnienia tego stanu kurczowego, stara się głęboko oddychać, co mu przynosi chwilową ulgę. Stan ten jest chwilowy, przemijający, lub też utrzymuje się długie godziny, a nieraz nawet i dnie. O ile uczucie to jest nieco nieokreślone, bardziej rozlane, bez ścisłego usadowienia, o tyle znowu istnieje uczucie ucisku ze ścisłem usadowieniem pod mostkiem, jużto w dolnej jego części, jużto w górnej, ograniczone nieraz do bardzo małej przestrzeni mostka; chory taki podaje, że coś go uciska bezpośrednio pod mostkiem. Ucisk ten nie jest głęboki, lecz więcej powierzchowny; tu i owdzie ucisk ten przechodzi w lekki ból, nie rozpromieniający się zresztą nigdzie, przez chorych łatwo znoszony, niejednokrotnie wędrujący, chwilowo występujący pod dolną częścią mostka, to znów pod górną, a dość często przenoszący się na okolicę pierwszych górnych kręgów piersiowych lub między łopatki; lecz ból ten zawsze dotyczy przestrzeni niewielkiej i zawsze ma charakter powierzchowny. Owe miejsca na skórze, zajęte bólem, odznaczają się bardzo często wyraźną przeczulicą. Jestto osobliwą zasługą Heada, że pierwszy uwagę zwrócił na znaczenie pewnych przeczulic skóry i na ich związek ze schorzeniami narządów wewnętrznych. Mackenzie dla stanów stenokardyalnych nakreślił nawet ścisłą topografię owej przeczulicy. Z przeczulicą skóry łączy się często przeczulica (hyperalgesia) odpowiednich grup mięśni.

Maks Herz wspomina także o odosobnionych bólach przyrody stenokardyalnej w kończynach dolnych i górnych; specyalnie ból w lewej ręce, w okolicy śródręcza. Opisano przypadek, gdzie chory wśród takiego bólu śródręcza zmarł, a badanie pośmiertne stwierdziło miażdżycę tętnic wieńcowych serca, a więc był to niewątpliwie napad stenokardyalny.

Wszystkie powyżej opisane uczucia i dolegliwości leżą w zakresie nerwów obwodowych.

Druga kategorya przypadłości stenokardyalnych należy do zakresu czynności układu wegetatywnego, t. j. nerwu błędnego i współczulnego. Objawy, tą kategoryą objęte, są tak różnorodne i tak często od siebie odmienne i pozornie rozbieżne, że nawet doświadczonym dyagnostom zdarzało się, iż objawy przyrody stenokardyalnej odnosili do schorzeń innej sfery, a najklasyczniejszym tego przykładem jest przypadek, ogłoszony przez Schnitzlera, gdzie przystąpiono do zabiegu operacyjnego; tak dalece bowiem objawy stenokardyalne były podobne do objawów cier-

pienia chirurgicznego. Z tej grupy objawów bóle w nadpępczu należą do stosunkowo najczęstszych. Podobnie, i to niemniej często, występuje już to ból, już to ucisk w żołądku, połączony z częstemi odbijaniami, a wielokrotny upływ powietrza z żołądka przynosi wtedy choremu zazwyczaj ulgę; charakterystycznem atoli jest, że temu uciskowi, względnie bólowi żołądka towarzyszy ucisk między łopatkami. Bole i wzdęcia jelit są już stosunkowo rzadkie, chociaż i o nich nie wolno zapomnieć, malując pełny obraz przypadłości stenokardyalnych. Wspomnieć nadto należy o odruchowych bolach powrózków nasiennych i jąder.

Niektóre narządy wydzielnicze, jak ślinianki i nerki bardzo często okazują wśród stanów stenokardyalnych wzmożoną czynność; obfite ślinienie i wielkie ilości wodojasnego moczu można dość często zauważyć. Zjawiska te pozostają również w ścisłym związku z pewnem podrażnieniem układu wegetatywnego, o czem już wyżej była mowa.

Jak więc widzimy, objawy stenokardyalne nie dadzą się ugrupować i ująć w grupy zasadnicze; różnorodność jest i w uczuciu podmiotowem i w umiejscowieniu, a co najważniejsza, że cały szereg cierpień innych narządów podobnie się objawia; trudności zatem rozpoznawcze są nieraz dość wielkie.

Jest jednak jeden objaw znamienny, który stale towarzyszy przypadłościom stenokardyalnym. Objawem tym jest uczucie lęku i trwogi, które raz silniej, raz słabiej się zaznacza, zależnie od nasilenia objawów stenokardyalnych i od indywidualności chorego. To uczucie lęku jest tak znamienne, iż wyłącznie na tej podstawie rozpoznał raz Herz napad stenokardyalny u człowieka, który dostał gwałtownego bólu w 4. i 5. palcu lewej ręki. Napad ten zakończył się zejściem śmiertelnem, a autopsya stwierdziła miażdżycę tętnic wieńcowych serca. To uczucie lęku ma nawet i w swej treści coś osobliwego, albowiem nie jest to jakiś nieokreślony lęk, lecz przeciwnie chory prawie zawsze podaje, iż ów lęk połączony jest z trwogą już zbliżającej się śmierci (Vernichtungsgefühl); a że nie jest to uczucie wynikłe z uświadomienia sobie przez chorego, iż obarczony jest chorobą serca, — dowodzi fakt, że uczucie to występuje mimo, iż objaw stenokardyalny dotyczy miejsca, które topograficznie nie odpowiada okolicy serca.

Również towarzyszą przypadłościom stenokardyalnym nie stale, ale dość często pewne zmiany w typie oddychania. I tu widzimy dwa odmienne obrazy. Albo oddech jest przyspieszony, powierzchowny, albo zwolniony, od czasu do czasu przerywany głębokimi wdechami. Oba te typy nie mają nic wspólnego z obrazem jakiejkolwiek formy duszności w ogólności, a w szczególności z obrazem duszności, wynikającej z niedomogi serca.

Co się tyczy objawów przedmiotowych, jak zachowanie się tętna, ciśnienia, wielkości serca i elektrokardyogramu, to wszystkie uogólnienia i prawa, jakie chciano dla przypadłości stenokardyalnych stworzyć, są błędne. Badania tak poważnych autorów, jak Romberga, Hoffmanna, Nicolaya, Herynga, Mackenziego, Hucharda i wielu innych są niejednokrotnie tak ze sobą sprzeczne, że już to samo przemawia za nieuchwytnością jakichkolwiek prawideł i dowodzi, że w różnych przypadkach objawy te zachowują się rozmaicie. Zależy to od różnych przyczyn ubocznych, których omówienie nie leży w zakresie niniejszego szkicu.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Voltz: **Przyczyna trującego działania alkoholu metylowego na ustrój.** (Med. Klinik, 1912, Nr 16). Autor na podstawie doświadczeń na psach doszedł do wniosku, że trujące działanie alkoholu metylowego pochodzi stąd, iż alkohol ten bardzo długo zatrzymuje się w ustroju, tak, iż wydzielanie jego z moczem po 48 godzinach jeszcze nie jest ukończone, dalej stąd, iż produkt jego utlenienia, wykazany przez Pohla kwas mrówkowy, w wielkiej ilości się wytwarzający, działa szkodliwie na rozmaite narządy, a głównie na ośrodkowy układ nerwowy. Alkohol metylowy działa także szkodliwie na zdolności trawienne ustroju, V. stwierdził bowiem, że ziemniaki w dwa dni po spożyciu znajdowały się w wymiocinach w stanie niestrawionym. Przy ostrem zatruciu spodziewać się można dobrych wyników leczenia z podniesienia przeziewu skórnego, który wedle doświadczeń Zuntza i Schumburga u maszerujących żołnierzy wynosić może aż do 500 gramów pary wodnej na godzinę i przez podawanie środków moczopędnych, ewentualnie także wprowadzanie wielkiej ilości płynu do ustroju, by przez to uzyskać jak najszybsze wydzielanie się alkoholu z ustroju, o ile zużyta ilość jego nie była zanadto wielka. Mondschein.

Prof. Pilcz. **Warunki powstawania porażenia postępowego.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 16). Choroba ta wedle autora wybucha najczęściej u ludzi, u których kiła miała przebieg »łagodny«, t. j. u tych, gdzie objawy ograniczyły się do pierwotnego wrzodu lub jednej osutki bez dalszych nawrotów, gdzie też leczenie było albo czysto lokalne albo jednorazowe ogólne. Rzadkie jest porażenie postępowe u osób, u których były ciągłe nawroty kiły, zmuszające chorego do ciągłego leczenia się przez pierwszych parę lat. Na pytanie, czy porażenie postępowe jest tylko nieprawidłowem zejściem kiły, mającem podstawę w samej organizacyi ustroju, czy jestto szczególna postać zakażenia kiłowego, jak Francuzi nazywają »syphilis à virus nerveux«, odpowiada autor słowem »ignoramus«. Obok kiły są warunkiem usposabiającym: dziedziczne obciążenie tą chorobą, dalej wysiłki umysłowe (u kupców, bankierów, lekarzy itd.). Wpływ wysiłków umysłowych ma doniosłe znaczenie, dlatego autor zaleca t. zw. higienę nerwów, a więc spokój umysłowy, uprawianie sportów, unikanie nocnych rozrywek, gry w karty i zupełne wstrzymanie się od trunków. Niektórzy autorowie przypisują alkoholowi bardzo wiele wpływu na wybuch porażenia postępowego, autor również potwierdza to na mocy swoich doświadczeń. W początkowym okresie porażenia postępowego widział autor bardzo dobre wyniki z kombinacyi leczenia jodowo-rtęciowego z metodą wytwarzania sztucznej gorączki, niżej omówioną. Wagner leczy chorych na porażenie postępowe podawaniem tyreoidyny wraz z leczeniem rtęciowem. Salwarsan jest przeciwwskazany. Metoda Wagnera wytwarzania sztucznej gorączki polega na wstrzykiwaniu 10% rozczynu starej tuberkuliny Kocha co drugi dzień podskórnie; w razie silnej gorączki powtarza Wagner wstrzykiwania tylko 10—12 razy, w przeciwnym razie zacząwszy od dawki 0·01 postępuje aż do 10 cm^3. U ludzi podejrzanych co do gruźlicy wstrzykuje Wagner zabite hodowle paciorkowców, których w zamkniętych ampułkach dostarcza apteka cesarza Fryderyka w Berlinie. Zalecenia godne, jakkolwiek bolesne, są wstrzykiwania podskórne rozczynu nukleinianu sodowego, co 8. dzień powtarzane w ogólnej ilości ośmiu. Z tych metod zaleca autor przedewszystkiem kombinacyę leczenia rtęciowego z poprzedzającem lub następczem stosowaniem tuberkuliny. Przy tem leczeniu widział w początkowym okresie polepszenia tak wielkie, że chorzy, przedtem do pracy niezdatni, podejmowali napowrót swe czynności zawodowe, a nawet, w późniejszym już okresie spostrzegał autor nieraz zatrzymanie się postępu choroby nawet na długie lata, jeśli leczenie to powtarzał w odstępach półrocznych.

Mondschein.

Pedyatrya.

Lesage i Collin. **Odporność na zmęczenie u dzieci poniżej $2^1/_2$ lat.** (Arch. de méd. des enf. 1911,

Nr 6, oraz Encephale, 1911, Nr 3). Autorowie zwracają uwagę na to, że dzieci poniżej $2^1/_2$ lat mogą przez czas dłuższy zachowywać nadane im położenie, chociażby one było niewygodne i męczące. Porównując w tym kierunku osoby różnego wieku, wykryli autorowie, że np. 4 osoby dorosłe mogły utrzymać obie ręce rozstawione poziomo od 5—12 minut, gdy dziecko 2-letnie bez widocznego wysiłku trzymało je 30 minut. Autorowie doszli do przekonania, że granicą wieku, w którym dzieci zdolne są do tego rodzaju wysiłków, jest $2^1/_2$, wyjątkowo 3 lata i przypuszczają, że przyczyną tego jest nieukończony rozwój układu nerwowego, gdyż brak tych objawów u osób dorosłych, jakoteż u idyotów i upośledzonych umysłowo (imbecils), u których rozwój umysłowy, chociaż niedostateczny, jednakowoż już ukończył się. Oprócz tego badali autorowie odruchy i współruchy (syncinesis) i zwykle udawało się im wykazać u dzieci poniżej $2^1/_2$ lat wielką żywość odruchów, obecność odruchu Babińskiego, a także współruchów. Wrażliwość na ból u dzieci w tym wieku zwykle jest obniżona.

L. Mańkowski.

Papapanagiotu. **W sprawie leczenia zapalenia opon mózgowych u dzieci surowicą meningokokową.** (Arch. de méd. des enfants. 1911, Nr 11). W czasie epidemii w Atenach zebrał autor kilkanaście bardzo dokładnych spostrzeżeń, których część opisuje obszernie w swej pracy. Chore dzieci były w wieku od 8 miesięcy do 10 lat. Co się tyczy zaraźliwości, to autor nie zauważył, aby w rodzinach, gdzie było już jedno dziecko chore na zapalenie nagminne opon mózgowych, zachorował jeszcze jaki inny członek rodziny. Przyczynę tego zjawiska upatruje P. w tem, że chory będąc osłabiony i leżąc w łóżku mniej styka się z otoczeniem i jest poniekąd odosobniony. Autor podnosi, że nagminne zapalenie opon przedstawia u osesków pewne szczególne właściwości; zaczyna się ono często gwałtownie i to jakby objawami zajęcia narządu oddechowego lub pokarmowego; często znów rozwija się pomału i podstępnie. Wszystkie swe przypadki autor leczył surowicą przeciwmeningokokową Doptera. Wyniki były nadzwyczaj pomyślne. Na 14 przypadków tylko jedno zejście śmiertelne, to znaczy śmiertelność wynosiła 7·14%. Śmiertelność w czasach przedsurowiczych wahała się według różnych autorów od 53—90%, od czasu stosowania surowicy spadła do 14—45%. Niższą śmiertelność w swych spostrzeżeniach przypisuje autor wczesnemu leczeniu, ulepszeniom w wytwarzaniu surowicy i w technice samych wstrzykiwań. Omawiając szczegółowo wpływ surowicy na przebieg choroby i jej powikłania, podkreśla P., że dla otrzymania wpływu prawdziwie leczniczego należy stosować (podoponowo) wielkie dawki surowicy. Dzieci poniżej 2 lat dostawały 10—20 cm^3; powyżej 2 lat 20—30 cm^3. Wstrzyknięcia powtarzano codziennie w ciągu 3 dni.

L. Mańkowski.

Nobecourt i Merklen: **Sprawność nerek w przebiegu ich zapaleń u dzieci.** (Arch. de méd. des enf. 1911 Nr 9). Według najnowszych badań przypuszczać należy istnienie 2 rodzajów zapaleń nerek: 1) zapalenia chloruremicznego, powstającego przy objawach zatrzymania w ustroju związków chloru i 2) zapalenia azotemicznego przy zatrzymaniu mocznika. Wreszcie możliwem jest jeszcze istnienie postaci mieszanych. Nie wszystkie stany zapalne nerek wywołują chloruremię lub azotemię; są przypadki, w których wydzielanie chlorków i mocznika odbywa się prawidłowo, a białko jest jedynym objawem zajęcia nerek. Są to przypadki białkomoczu zwyczajnego (nephritis albuminurica simplex). Słowem teraz zwraca się przedewszystkiem uwagę na stan czynnościowy nerek, a nie na określenie w nich przypuszczalnych zmian anatomicznych.

Autorowie wzięli sobie za zadanie zastosować te wyniki badań do schorzeń wieku dziecięcego. Ze spostrzeżeń autorów wynika, że z ostrych zapaleń nerek najczęściej spotkać można u dzieci zwyczajne zapalenie białkomoczowe (nephritis albuminurica simplex) i zapalenie chloruremiczne. Rzadziej daleko spotyka się zapalenie azotemiczne. Co się tyczy zapaleń nerek podostrych i przewlekłych, to autorowie spostrzegali tylko pierwsze dwa rodzaje zapaleń, chociaż nie przeczą możliwości istnienia i innych rodzajów.

Przechodząc następnie do symptomatologii, autorowie podkreślają brak u dzieci w przypadkach azotemicznych otrętwienia i swędzenia skóry. Co się tyczy zmian w ciśnieniu krwi i objętości serca, to ze spostrzeżeń autorów wynika, że niema ścisłej zależności między tymi objawami, a zmianami jakościowemi moczu. Zatrzymanie chlorków i następowa wodnistość krwi mogą w pewnym stopniu zwiększyć ciśnienie krwi i w następstwie doprowadzić do rozszerzenia serca, jednakowoż nie można im przypisywać bezpośredniego związku z objawami występującego silnego wzmożenia parcia krwi.

W przebiegu ostrego zapalenia nerek przepuszczalność ich dla rozmaitych składników moczu jest różna, stosownie do rodzaju zapalenia i jego okresu. Dokładne badanie składników moczu pozwala śledzić następujące po sobie okresy sprawy. Wyjaśnia ono, dlaczego ustępują czasami tak szybko objawy ostrego zapalenia z ogromnymi obrzękami, a także i to, dlaczego dzieci znoszą tak dobrze niektóre postacie przewlekłe zapalenia nerek. Badanie to daje nam jednocześnie wskazówki prognostyczne. Przy przepuszczalności prawidłowej, nie ma żadnych powodów do obawy; przy zatrzymaniu chlorków grożą obrzęki, przy zatrzymaniu mocznika i w postaciach skombinowanych występują jeszcze groźniejsze objawy. Omawiając w końcu dyetę, autorowie wyrażają przekonanie, że mleko w ostrych zapaleniach nerek jest najlepszym pokarmem. Szczędzi ono nerki, wprowadza do ustroju najmniej substancyi toksycznych. W zapaleniach podostrych i przewlekłych, jako bardziej wycieńczających ustrój, musi być mleko jednakowoż zastąpione przez dyetę bezsolną lub podazotową.

L. Mańkowski.

Galisch. **W sprawie leczenia dzieci chorych na krztusiec.** (Mediz. Klinik, 1912. Nr 12). Autor jest przeciwny internowaniu i leczeniu chorych na krztusiec w osobnych zakładach, gdyż doświadczenie uczy, że dzieci zapadające na krztusiec sporadycznie o wiele łatwiej przebywają krztusiec, niż tam, gdzie ich więcej naraz choruje. Objaw ten tłómaczy G. przepełnieniem powietrza zarazkami krztuśca. Dziecko chore na krztusiec powinno wiele przebywać na wolnem powietrzu, a mniej w pokoju, jeżeli zaś musi pozostać w mieszkaniu (niepogoda), to powinno mieć dwa pokoje, by po jednym napadzie krztuśca przenieść je można do drugiego pokoju, a tamten dobrze tymczasem wywietrzyć. Że nagromadzenie się zarazków w powietrzu ujemnie działa na przebieg choroby, widzimy też np. w zwykłym zakaźnym nieżycie nosa. I ten przebiega łatwiej i prędzej przy przebywaniu na wolnem powietrzu i przy częstej zmianie chustki do nosa.

Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 6 maja 1912.

1) Czł. N. Cybulski przedstawia rozprawę p. Zygmunta Ziembickiego: **Badania doświadczalne nad ćwiczeniem pamięci.** Autor podaje przyczynek doświadczalny do rozwiązania zagadnienia, czy ćwiczenie określonej funkcyi pamięciowej odbija się na sprawności innych funkcyi pamięciowych. Zagadnienie to, po części rozwiązane przez Neumanna, wymaga wielostronnego sprawdzenia. Autor ćwiczył u 4 osób badanych specyalną funkcyę pamięci:

zapamiętywania barw; następnie sprawdzał, czy wpływ tego ćwiczenia odbija się na funkcyi możliwie mało pokrewnej pod względem materyału, mianowicie na zapamiętywaniu szeregów głosek słyszanych. Wyniki wykazały u 3 osób pewien rozwój tej drugiej funkcyi pod wpływem ćwiczenia pierwszej.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z p. Dr Henrykiem Malarskim: **Anhydro-β-filotaonina.** Ciało to wytwarza się przez działanie kwasu stężonego solnego na sole alkachlorofilu. Anhydro-β-filotaonina stoi w takim stosunku do β-filotaoniny, jak laktam do odpowiedniego kwasu. Oprócz układu laktamowego anhydro-β-filotaonina zawiera też conajmniej jeden układ karboksylowy. Skład jej odpowiada wzorowi $C_{36}H_{36}N_4O_6$. Wzór ten należy jednak uważać na razie tylko za tymczasowy obraz stosunków różnych pierwiastków w cząsteczce anhydro-β-filotaoniny.

3) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. Tadeusza Kleczkowskiego: **Badania nad rozwojem tkanki podstawowej nerwu wzrokowego.** Autor dokonał badań histologicznych nad rozwojem nerwu wzrokowego na zarodkach świni; badania te rozciągnął również do nerwów wzrokowych zarodków ludzkich, pochodzących głównie z drugiej połowy ciąży. Wyniki badań można zebrać w następujący sposób: 1) W najwcześniejszych okresach rozwojowych, gdy nerw wzrokowy przedstawia ściśle nabłonkową budowę, autor zauważył obecność charakterystycznych komórek, posiadających w protoplazmie liczne ziarna, barwiące się barwikami jądrowymi. Podobne komórki Seefelder spostrzegał dawniej w zarodkowej siatkówce i przypisywał im zdolność wytwarzania ciałka szklistego. Spostrzeżenie przez autora komórek Seefeldera w nerwie wzrokowym można wytłómaczyć pochodzeniem z jednakowego podłoża zarówno komórek siatkówki, jak i nerwu wzrokowego. Komórki siatkówki mogą wytwarzać ciałko szkliste, tej czynności nie można zaś przypisać komórkom, położonym w nerwie wzrokowym. 2) Płaszcz obwodowy neuroglii zdaniem autora powstaje przed wrośnięciem do nerwu wzrokowego włókien nerwowych; charakteryzuje się powstawaniem samoistnych śródkomorkowych przestrzeni. Przestrzenie te z biegiem rozwoju przemieniają się w międzykomórkowe. 3) Po zamknięciu się światła nerwu wzrokowego autor zauważył obrazy, przemawiające za przesuwaniem się komórek neuroglii ze środka nerwu ku jego obwodowi. 4) Tkanka podstawowa nerwu wzrokowego jest zarówno ektodermalnego jak mesodermalnego pochodzenia. 5) Autor nie mógł stwierdzić obecności błon granicznych, oddzielających mesodermę od ektodermalnych elementów nerwu. 6) Podczas rozwoju naczyń krwionośnych w nerwie autor zauważył łączność naczyń z otaczającą neuroglią, przemawiającą również przeciwko obecności błon granicznych okołonaczyniowych. 7) Prócz typowego wzrostu naczyń w nerwie autor spostrzegał również wzrost atypowy, podczas którego w danym okresie rozwojowym naczynie przedstawiało się jako bezjądrowy stylik, przechodzący w pęcherzykowate rozdęcie.

4) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. Stanisława Powierzy: **Zmiany w budowie dróg rodnych myszy w życiu pozamacicznem.**

5) Czł. J. Nusbaum przesyła pracę p. Rudolfa Weigla: **Badania porównawczo-cytologiczne nad aparatem Golgi-Kopscha i nad jego stosunkiem do innych struktur w komórkach somatycznych i płciowych u różnych zwierząt.** Aparat Golgi-Kopscha istnieje w komórkach wszystkich tkanek u zwierząt kręgowych i bezkręgowych, dotychczas pod tym względem zbadanych. Morfologiczne wykształcenie aparatu we wszystkich komórkach ciała u kręgowców jest zasadniczo jednakowe, u różnych zwierząt bezkręgowych przedstawia atoli rozmaite stosunki. U kręgowców, zwłaszcza w komórkach somatycznych, aparat nie ma związku z mitochondriami.

6) Czł. M. Siedlecki zdaje sprawę z pracy p. M. Konopackiego p. t.: **Zmiany mikroskopowe, które występują podczas cytolizy, wywołanej w jajach jeżowców zapomocą różnych czynników chemicznych.** Autor wywoływał procesy cytolityczne w jajach jeżowców zapomocą benzolu, chloroformu i kilku kwasów tłuszczowych jednozasadowych. Zmiany, występujące w jajach po działaniu chloroformu i benzolu, polegały na rozszczepieniu się plazmy na dwie substancye, z których jedna drobnoziarnista, barwiąca się eozyną, wypływała z jaja po wytworzeniu błony, druga zaś ulegała pęcznieniu, przybierając piankową strukturę o dużych pęcherzykach. Chromatyna jądrowa ulegała rozpuszczeniu; przez pękającą błonę cała substancya jądrowa wypływała do plazmy. W jajach, które błony nie wytwarzały, jakkolwiek występował rozpad plazmy na dwie substancye, jednak żadna nie wypływa z jaja. Zmiany, występujące po działaniu kwasów tłuszczowych, polegały na przemieszczeniu się ku obwodowi jaja drobnych ziarenek, wybitnie barwiących się hematoksyliną, następnie na rozpadzie jaja na mnóstwo różnej wielkości kul plazmatycznych o prawie normalnej strukturze. Jądra dzieliły się kilkakrotnie nieprawidłowo, poczem zlewały się napowrót. Zmiany te występowały niezależnie od tworzenia się błony. Na podstawie tych doświadczeń autor proponuje, ażeby rozróżniano powyższe dwa rodzaje procesów; zmiany, występujące po pierwszej grupie czynników nazywa, jak dotychczas, cytolizą, inne zaś, występujące po kwasach tłuszczowych, nazywa cytoschizą.

(Przedmiot 12 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza zakres »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 15. maja 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 55.

1) W związku z odczytami z zakresu balneologii postawił profesor Dr Braun szeroko umotywowany wniosek, aby się domagać u rządu systemizowania katedry balneologii, której brak w wykształceniu lekarzy bardzo się daje odczuwać. Wniosek ten Towarzystwo lekarskie uchwaliło. Obecny na posiedzeniu Prof. Klecki zawiadamia, iż podobny wniosek Wydział lekarski U. J. uchwalił.

2) Dr Szymanowski: **O anafilaksyi.** Prelegent w wyczerpującym odczycie przedstawił historyczny rozwój nauki o anafilaksyi, symptomatologii wstrząsu anafilaktycznego oraz zmiany, jakie pod wpływem uczulenia powstają w rozmaitych właściwościach wstrząsu. Następnie omówił t. zw. toksyczność surowic odpornościowych, anafilaksyę bierną i antyanafilaksyę. Przechodząc wreszcie do prób wykrycia względnie otrzymania »in vitro« substancyi wywołujących wstrząs (anafilatoksyna Friedbergera), rozpatrzył teoretyczną stronę nauki o nadwrażliwości, zwłaszcza stosunek jej do nauki o odporności wogóle oraz związek, ujawniający się w ostatnich czasach pomiędzy nadwrażliwością i zjawiskami serologicznemi z jednej strony, a chemią ciał białkowych i koloidów z drugiej. (Odczyt będzie w całości ogłoszony drukiem).

Zastępca sekretarza dorocznego: Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20 lutego 1912.

1) St. Klein przedstawił **śledzionę granulomatyczną;** jest ona 4 razy powiększona, na powierzchni jej widać guzowatości, zależne od wzrostu samej tkanki; na przekroju wygląda porfirowo, dużo guziczków szarawych.

2) J. Czarkowski i S. Kijewski przedstawili chorą, operowaną przed 4 laty z powodu **raka kiszek**; chora dotychczas czuje się dobrze.

3) Otto: **Zmiany w sercu w ostrym i przewlekłym alkoholizmie**. Wnioski swoje prelegent oparł na własnych doświadczeniach. Do doświadczeń nad ostrym alkoholizmem użył 8 psów; psy otrzymywały jednorazowo wyskok w dawkach następujących: a) 2 psy po 2 cm^3, b) 2 psy po 4 cm^3, c) 2 psy po 6 cm^3, d) 2 psy po 8 cm^3. Do doświadczeń nad alkoholizmem przewlekłym użyto 10 psów, które otrzymywały po 2 cm^3 wyskoku na kilogram wagi. Wyskok rozcieńczano podwójną ilością wody i wprowadzano do żołądka zapomocą cewnika. Naogół psy znosiły alkohol dobrze. W doświadczeniach nad ostrym alkoholizmem w grupie a) nie znaleziono żadnych zmian ani w mięśniu sercowym, ani w naczyniach krwionośnych, ani w zwojach nerwowych; w grupie b) zauważono nieznaczne zmętnienie miąższowe w niektórych komórkach mięsnych i zanik jądra w komórkach zwojowych; w grupie d) znaleziono dość silnie wyrażone zmętnienie miąższowe komórek mięsnych i wybitny zanik jądra z przesunięciem go ku obwodowi, zmętnienie miąższowe w komórkach nerwowych. Psy wyliczonych grup zabijano przez ukłucie w rdzeń przedłużony w okresie najsilniejszego działania wyskoku, a psy grupy c) po 4 dobach; w ostatniej grupie zmian żadnych w sercu nie wykryto. W doświadczeniach nad alkoholizmem przewlekłym z 3 psów zabito po jednym w 2, 3 i 6 miesięcy od chwili zaprzestania podawania im wyskoku po alkoholizowaniu ich przez 10, 12 i 6 miesięcy. Pozostałe psy padły w okresie alkoholizowania. W tej grupie wykryto zmiany w mięśniu sercowym, naczyniach krwionośnych, zwojach nerwowych i wsierdziu. Zmiany w mięśniu sercowym są miąższowe i śródmiąższowe. Zmiany miąższowe polegają na silnem zmętnieniu miąższowem, prowadzącem do zamierania komórek mięsnych; po dwumiesięcznym okresie bezalkoholowym zamierania komórek mięsnych nie zauważono, a po 6 miesiącach mięśnie przedstawiały budowę prawie prawidłową. Oprócz zmian powyższych w okresie alkoholizmu przewlekłego stwierdzono zwyrodnienie tłuszczowe komórek mięsnych; po 3 miesiącach nie zauważono tłuszczu ani razu. Zmiany śródmiąższowe polegają na nieznacznym nacieku i bujaniu komórek stałych tkanki łącznej, co w okresie bezalkoholowym doprowadza w końcu do wytwarzania się blizn. Zmiany w naczyniach krwionośnych sprowadzają się przeważnie do silnego napęcznienia śródbłonka tętnic i żył mniejszego kalibru oraz naczyń włosowatych; śródbłonek głównego pnia tętnicy wieńcowej bez zmian widocznych; około drobnych żył dość obfite wylewy krwawe. W okresie bezalkoholowym śródbłonek tętnic bez zmian, w żyłach organizacya zakrzepów krwi, brak wylewów krwawych. W zwojach nerwowych stwierdzono zanik i przemieszczenie jądra ku obwodowi komórki, zjawianie się wakuol, zwyrodnienie tłuszczowe, zamieranie i zmętnienie miąższowe. W okresie bezalkoholowym po 2 miesiącach przeważa zmętnienie i bujanie stałych komórek tkanki łącznej w tej części zwoju, gdzie komórki uległy martwicy. W późniejszym okresie bezalkoholowym zauważono w wielu zwojach różnej wielkości blizny obok nielicznych prawidłowych lub pokurczonych komórek nerwowych. Zmiany wsierdzia polegają na tworzeniu się skrzepów, które następnie ulegają organizacyi.

W dyskusyi wyraża Pawiński zdanie, że działanie wyskoku tak pod względem farmakodynamicznym, jak i anatomo-patologicznym nie zostało jeszcze w zupełności wyjaśnione. Zmętnienie miąższowe, a później stłuszczenie włókien mięsnych serca spotyka się i u ludzi, nadużywających wyskoku; zmiany te znikają, o ile użycie alkoholu zostało wstrzymane, a zwyrodnienie włókien nie było daleko posunięte. Wnosić o tem można z ustępowania nieraz ciężkich objawów niedomogi serca. Wyskok wywiera również szkodliwy wpływ na naczynia; według jednych autorów nadużycie wyskoku wiedzie do stwardnienia tętnic, podług innych, do stłuszczenia naczyń. Według mówcy wyskok odgrywa pewną rolę w etyologii stwardnienia tętnic; ze statystyki P., opartej na 4000 przypadków z praktyki prywatnej na nadużycia wyskoku przypada przeszło 5%, gdy tymczasem na nadużycia tytoniu — 10,6%; jeśli jednakże uwzględnić przypadki, w których prócz wyskoku istniały i inne nadużycia, a zwłaszcza tytoń, wtedy odsetka jest znacznie wyższa, bo do 23,3%. Z tego okazuje się, że czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu stwardnienia naczyń, jest połączenie wyskoku z innymi czynnikami, jak nikotyna, w słabszej mierze otyłość, przymiot i t. p., podobnież przypuszczać należy, że duża odsetka, przypadająca w etyologii miażdżycy na wyskok u ludzi, pracujących fizycznie, zależy nie tyle od samego wyskoku, ile od współdziałających wysiłków fizycznych, które wiodą do wzmożenia ciśnienia krwi.

St. Kopczyński zaznacza, iż ze względu na to, że komórki nerwowe w zwojach nerwu współczulnego odznaczają się niejednolitością tak w budowie wewnętrznej, jak i w przyjmowaniu barwników, przeto w ocenie wyników badań prelegenta zaleca krytycyzm i ostrożność.

A. Sokołowski spostrzega stale wśród chorych szpitalnych z zaburzeniami krążenia 2 typy: młodszych ze stłuszczeniem, starszych ze stwardnieniem naczyń; jeśli u młodszych występuje miażdżyca, to przyczyną jej jest najpewniej alkoholizm.

Otto wyjaśnia, że zmiany w aorcie i jej rozgałęzieniach będą przedmiotem oddzielnego odczytu; że u zdrowych psów prawidłowo w komórkach zwojów serca żadnych zmian w rozmieszczeniu ciałek Nissla i jądra nie zauważono, a więc zboczenie od normy uważa za objaw patologiczny; że w etyologii stwardnienia tętnic w młodym wieku na pierwszem miejscu postawić należy przymiot, a potem dopiero alkoholizm i nikotynizm.

Posiedzenie kliniczne z d. 28 lutego 1912 r.

R. Hertz: **W sprawie marskości wątroby pochodzenia gruźliczego.** Klinicyści niemieccy doszukują się podstawy etyologicznej marskości wątroby prawie wyłącznie w nadużyciu alkoholu, rzadziej upatrują przyczynę jej w zakażeniu zimniczem lub przymiotowem. Natomiast spostrzeżenia badaczów francuskich zdają się przemawiać za tem, iż czynnikiem przyczynowym marskości wątroby bywa często gruźlica. Marskość wątroby pochodzenia gruźliczego nie stanowi jednostki chorobowej jednolitej pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym, lecz zależnie od siły zakażenia i odporności ustroju przebiegać może pod tą lub inną postacią. Podobnie jak w marskości alkoholicznej sprawy degeneracyjne komórek miąższowych idą zazwyczaj w parze ze sprawami przerostowemi tkanki łącznej, tak samo i tu obie tkanki są zajęte jednocześnie, ale nie w tym samym stopniu. Im zakażenie jest silniejsze, tem bardziej występują na plan pierwszy objawy zwyrodnienia komórek, tem ciężej i szybciej przypadek przebiega pod względem klinicznym; przeciwnie, im ustrój jest odporniejszy, a siła zakażenia słabsza, tem więcej istnieje szans, że sprawa przerostowa przeważy nad sprawą degeneracyjną.

Rozpoznanie kliniczne opierać się będzie na wywiadach i danych badania ogólnego (dziedziczność, gruźlica innych narządów, gorączka) oraz na szeregu badań pomocniczych (inoskopia itp.). Prelegent omawia pokrótce dwa własne spostrzeżenia kliniczne oraz podaje dokładny opis anatomo-patologiczny jednego przypadku marskości wątroby pochodzenia gruźliczego.

Posiedzenie kliniczne z d. 5. marca 1912 r.

1) Wiśniewski przedstawił chorą z **lues tarda serpiginosa.**

2) Rzętkowski: **Zasady leczenia stwardnienia tętnic.** Prelegent wyjaśnia przedewszystkiem rolę serca i naczyń w czynności dostarczania nieprzerwanego prądu krwi

do narządów, co odbywa się dzięki temu, że tętnice posiadają zdolność czynnego zmieniania swego światła. W stwardnieniu tętnic ta zdolność ulega coraz większemu zanikowi, a w związku z tem słabnie i wydajność czynnościowa narządów. Serce musi wyrównywać czynność układu tętniczego, słabnie przeto coraz bardziej i zmniejsza zapas swej siły skurczowej, wreszcie powstaje niedomoga serca. W rozwoju sprawy stwardnienia tętnic pod względem klinicznym Rz. odróżnia 2 okresy: »stadium evolutionis insufficientiae cardiovascularis« oraz »st. affectionum organorum«. W okresie pierwszym spotykamy się najczęściej z rozlanem cierpieniem ścian tętnic, zwłaszcza drobnych. W okresie drugim przeważa miażdżyca (atheromatosis) tętnicza, będąca następstwem wzmożonego ciśnienia lub wpływów toksycznych. Właściwie okres pierwszy nie odcina się ostro od drugiego. W okresie pierwszym spotykamy się najczęściej z wzmożonem ciśnieniem tętniczem, w okresie drugim na plan pierwszy występują cierpienia narządów. Rz. omawia zasady leczenia stwardnienia tętnic w okresie pierwszym. Przedewszystkiem należy przeciwdziałać wzrastaniu ciśnienia, a następnie dążyć do utrzymania sprawności mięśnia sercowego oraz uregulować pracę narządów. Co do leczenia dyetetycznego, to Rz. dochodzi do wniosku, że istotnie dyeta roślinno-mleczna jest z wielu względów najbardziej wskazana. Z leków na pierwszem miejscu stawia jod pod postacią jodku sodowego, inne zaś przetwory jodu uważa za bezskuteczne; jako skutek podawania jodu R. stwierdzał często zmniejszanie się ciśnienia, zwłaszcza w okresie lekkiej jodzicy, której nie uważa za przeciwwskazanie do stosowania leku. Za przeciwwskazanie natomiast uważa występowanie objawów ze strony tarczycy, co zdarza się często u kobiet w okresie przekwitania. Działanie azotynów R. uważa za niepewne, a ich skutek za wątpliwy lub co najmniej za krótkotrwały. Srodki sercowe, podawane zwłaszcza otyłym z powodu objawów niedomogi serca, uważa za szkodliwe. Natomiast widział dobre skutki z podawania diuretyny. Pomyślny skutek wywierają środki czyszczące (solne), oraz wody czyszczące. Dalej omawia leczenie balneoterapeutyczne, kąpiele z kwasem węglowym, kuracye terenowe; odmawia wszelkiej swoistości miejscowości leczniczej Nauheim. W końcu porusza sprawę wyleczalności stwardnienia tętnic; choroba ta nie jest wyleczalna, ale skutki leczenia są nieraz doskonałe. Zazwyczaj zaczynamy ją leczyć późno, gdyż początki choroby godzą się z wymaganiami życia i nie przestraszają chorych, którzy uważają je za zwykłe objawy »starzenia się« i dopiero wówczas udają się do lekarza, gdy wystąpią zaburzenia ze strony narządów (serca). I w tym jednak okresie udaje się nieraz osiągnąć znakomite polepszenie.

W dyskusyi zaznacza Pawiński, że zwiększone napięcie tętnicze, uważane za najważniejszy i wczesny objaw stwardnienia, nie da się objaśnić wyłącznie warunkami mechanicznymi. We Francyi zrodziła się myśl, że wzmożenie ciśnienia zależy od pewnych ciał trujących, powstających w ustroju wskutek wadliwej przemiany materyi, a posiadających własność zwężania drobnych naczyń. Zadaniem więc leczenia będzie dyeta mleczna i roślinna, oraz podtrzymywanie czynności wątroby i nerek. Drugim czynnikiem w powstawaniu stwardnienia tętnic są wydzieliny gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, które, dostawszy się do obiegu krwi w nadmiernej ilości, wywołują skurcz naczyń i zwiększenie ciśnienia. Ponieważ nie znamy jeszcze bliżej warunków powstawania tych zjawisk, nie możemy na nich opierać leczenia. Czasami jednak udaje się przez wzmocnienie sprawności gruczołów-antagonistów (podając ich wyciąg) zmniejszyć wzmożone napięcie naczyniowe. Do zasad leczenia należy też zapobieganie zwiększeniu pracy odpowiednich narządów (mózg, serce, nerki) przez zastosowanie przepisów higienicznych (wypoczynku). Wreszcie unikać należy czynników, których wpływ szkodliwy na naczynia wątpliwości nie ulega, jak nikotyna, wyskok.

Hewelke zwraca uwagę, że prelegent przedstawił sprawę zaburzeń w stwardnieniu tętnic jako od początku wynik zboczeń w mechanizmie krążenia; tymczasem w początku mamy tu na pierwszym planie zaburzenia toksyczne; stąd powodzenie leczenia dyetetycznego. Nie uwzględnia też R. stanu nerek, które mają być pierwotnem siedliskiem choroby. Stan presklerozy Hucharda to jest właśnie okres początkowy cierpienia, gdzie niema widocznych zmian anatomicznych, a istnieją zmiany czynnościowe. O działaniu jodu, obniżającem ciśnienie, wielu autorów powątpiewa; ma on działać przez zmniejszenie lepkości krwi. Jod nie jest wskazany w pierwszym, a zwłaszcza przedwstępnym okresie, lecz dopiero gdy następują zmiany anatomiczne. We wczesnych okresach należy stosować obok dyety azotyny; szybkość i nietrwałość ich działania można dawkować, podobnie jak jodu, który również wydziela się bardzo szybko. Co do leczenia terenowego w stwardnieniu tętnic należy zachować ostrożność; serce wymaga tutaj oszczędzania. R. zbyt ściśle łączy stwardnienie tętnic z otyłością; w umyśle H. tkwi raczej wyobrażenie przeciwne, częściej osób szczupłych, zwłaszcza mężczyzn.

A. Sokołowski zwraca uwagę na leczenie poczynającego się stwardnienia tętnic; nie jest to choroba wyłącznie ludzi starszych; przeciwnie, zaczyna się wcześnie, a etyologia jej jest bardzo złożona; poza wyskokiem i tytoniem muszą istnieć inne czynniki usposabiające. Do czynników takich S. zalicza wyczerpujące życie społeczne, wysiloną pracę umysłową, ciężkie warunki bytu. Leczenie polegać będzie na nawoływaniu do życia higieniczniejszego, umiarkowanego użycia sportu i kąpieli, zmiany odżywiania. W tych właśnie przypadkach odpoczynek nad morzem lub w górach stanowi bardzo ważny czynnik leczniczy; stąd powodzenie zakładów przyrodoleczniczych.

E. Zieliński nadmienia, że: 1) niezawsze wzmożone ciśnienie towarzyszy stwardnieniu tętnic; 2) wzmożenie ciśnienia wtedy tylko następuje, gdy stwardnienie dotyka naczyń obwodowych i wzmaga przez to opór; 3) tym oporem na obwodzie można wytłómaczyć wzmożoną czynność serca i następczy przerost mieśnia sercowego; 4) nie dowiedziony jest wpływ dobroczynny jodu na zmiany w ścianach naczyń; 5) natomiast inne metody lecznicze (Trunecka, D'Arsonvallea) mogą światłu naczyń przywrócić dawny kaliber; 6) sprawa stwardniająca niekoniecznie obejmuje wszystkie naczynia, może dotknąć jedynie pewną ich liczbę, a przeto niekoniecznie wiedzie do zmian w sercu; 7) nie należy zacieśniać etyologii stwardnienia tętnic do palenia tytoniu, nadmiernego jedzenia lub przepracowania, nie wolno bowiem zapominać, że stwardnienie tętnic widział Thorna u 5-letniego, a Kaufmann u 15-letniego osobnika, że wśród przyczyn wywołujących miażdżycę, są prawie wszystkie ostre sprawy zakaźne, oraz zatrucia przewlekłe; 8) wreszcie nie należy stawiać zbyt ścisłej granicy pomiędzy stwardnieniem tętnic a miażdżycą; miażdżyca jest jedynie dalszym ciągiem tej samej sprawy i może istnieć jednocześnie zwapnienie z owrzodzeniem blaszek, a żadna metoda rozpoznawcza nie wykaże, czy sprawa weszła już, czy jeszcze nie, w ten okres późniejszy.

Trzciński zgadza się z prelegentem co do niewłaściwości rozmaitych przetworów jodowych poza jodkiem potasowym i sodowym. Jodyzmu można prawie uniknąć, podając lek na pusty żołądek.

Knappe twierdzi, że stwardnienie serca odbija się najwcześniej na stanie serca. Rozróżnia 2 okresy: wczesny z przerostem serca, co stwierdzić można zapomocą opukiwania i mierzenia stłumienia centymetrem (według mówcy prawidłowy wymiar stłumienia bezwzględnego wynosi 7 ctm); w tym okresie serce, prócz oszczędzania i wypoczynku, innych środków nie potrzebuje. W drugim okresie w mięśniu sercowym wskutek wadliwego odżywiania następują zmiany wsteczne — niedomoga serca i nierówność tętna. Tu stosować należy kamforę i naparstnicę. Umiarkowane ilości wyskoku porażają układ naczynioruchowy, a więc naczynia tracą swe napięcie, przysparzając pracy sercu;

ruchy naczyń stają się bezładne, usposabiają do udaru; stąd częstość napadów udarowych pod wpływem wyskoku. A. Landau za wczesne objawy stwardnienia tętnic uważa mocne, wypuklające uderzenie końca serca oraz podmuchy i szmery u podstawy serca, przy aorcie i na rękojeści mostka. W sprawie etyologii zwraca uwagę na zmiany w czynności płciowej, zwłaszcza u kobiet. Oddzielenie kliniczne stwardnienia (arteryosklerozy) od miażdżycy (ateromatozy) jest wprost niemożliwe. W leczeniu najpewniejsze są środki czyszczące i dyeta mleczna. O swoistem działaniu jodu L. się nie przekonał. Prócz przypadków z podniesionem ciśnieniem istnieją przypadki, w których ciśnienie jest obniżone, tętnice na obwodzie są wiotkie, a sprawa umiejscawia się w tętnicach wieńcowych.

Posiedzenie kliniczne z d. 19 marca 1912 r.

H. Higier: **Z metodyki badania inteligencyi u dzieci umysłowo chorych.** H. rozpatruje elementarne metody badania psychologicznego, pozwalającego z grubsza rozklasyfikować dzieci nienormalne w pierwszych latach ich życia i w okresie przedszkolnym. Najłatwiej stwierdzić idyotyzm prawdziwy, trudniej głuptactwo, a najtrudniej słabe stopnie niedorozwoju. Wystarcza naogół zbadanie czterech głównych czynności intelektualnych: pamięci, zdolności wytwarzania pojęć, zdolności kombinacyjnej czyli sądzenia i sfery uczuciowej. O zdolności pamięciowej daje pojęcie bogactwo obrazów pamięciowych, nagromadzonych w poszczególnym wieku, badanie rozwoju mowy i pamięci przy mechanicznem powtarzaniu liczb. Badając wyobrażenia tak zw. ogólne i jednakowe, przekonywamy się o zdolności wytwarzania pojęć; w tym celu stawiamy pytania rodzajowe i gatunkowe, żądamy określenia lub odróżnienia bardziej znanych przedmiotów, wreszcie pojęć abstrakcyjnych powszednich. Pomocne jest również badanie wyobrażeń czasu, liczb i barw. Aby rozpoznać zaburzenia w sądzeniu i kojarzeniu pojęć, uciekamy się do badania t. zw. asocyacyi samoistnych, do prób czytania tekstu z opuszczeniami, do krytykowania szeregu zdań, zawierających jakiś nonsens, wreszcie do rozwiązania łatwego zadania z arytmetyki początkowej. Przy badaniu sfery uczuciowej dzieci umysłowo upośledzonych, natrafiamy często na brak uczuć, towarzyszących pojęciom oderwanym natury emocyjnej, złe skłonności, otępienie moralne i estetyczne, egoistyczno-zmysłowy kierunek myśli i pragnień. O ile przypadki niedorozwoju umysłowego dostarczają osobników pozaspołecznych, o tyle niedorozwój moralny tworzy zastępy przeciwspołeczne. H. poddał krytyce metodę prób (testów) Bineta. Wreszcie przedstawił metodę badania dzieci starszych, umysłowo niedorozwiniętych, na pokazach oryginalnych prof. Weyganda.

W dyskusyi podnosi St. Kopczyński doniosłość wykrywania wśród młodzieży szkolnej dzieci mało zdolnych; za najużyteczniejszą K. uważa metodę obrazkową.

Posiedzenie kliniczne z d. 26 marca 1912.

1) J. Wojciechowski przedstawił uproszczony **sposób wykrywania arsenu;** otrzymany płyn wlewamy do przyrządu Marsha, dodajemy odpowiednią ilość rozcieńczonego kwasu siarczanego i czystego cynku metalicznego, a otwór, przez który wychodzi wodór, zatykamy lekko watą sublimatową (1%); najmniejsze ilości arsenu nadają wacie barwę żółto-kanarkową aż do brunatnej, która zależy od arsenianu rtęci.

2) Turzański (z Iwonicza): **Balneoterapia w świetle obecnej nauki lekarskiej z uwzględnieniem działania wód Iwonickich.** Wspomniawszy o najnowszych zdobyczach chemii fizycznej w zakresie badania wód mineralnych i promieniotwórczości zdrojów, prelegent omówił skuteczność wód solankowych, w szczególności Iwonickich, w chorobach narządów trawienia, w zołzach, przymiocie, marskości nerek, cierpieniach serca, naczyń i narządów płciowych kobiecych.

3) J. M. Judt: **Badania porównawcze narządów klatki piersiowej (płuc) rentgenograficzne i anatomopatologiczne.** Prelegent przedsięwziął badania rentgenograficzne zwłok bezpośrednio przed sekcyą (przeszło 400 przypadków). Na licznym szeregu diagramów przedstawia rozmaite cierpienia klatki piersiowej, mianowicie płuc i dochodzi do wniosku, że rentgenografia dzisiejsza jest wiernem odbiciem patologii płuc, oczywiście w granicach praw fizycznych. Tyczy się to zwłaszcza gruźlicy, szczególniej wczesnych jej okresów, gruźlicy starczej, gruźlicy gruczołów oskrzelowych, ognisk okołooskrzelowych i gruźlicy prosówkowej. Z innych postaci chorobnych wymienia: zapalenie płuc krupowe, wysięki opłucne, odmę piersiową, ropnie i zgorzel płuc, guzy pierwotne i przerzutowe, wreszcie u niemowląt nieżyt płuc.

4) Czesław Stankiewicz: **O cięciu brzusznem poprzecznem (sposobem Pfannenstiela).** Bodźcem do zastosowania cięcia brzusznego poprzecznego było częste występowanie przepukliny po cięciu podłużnem oraz względy kosmetyczne. Technika sposobu Pfannenstiela jest następująca: Cięcie skórne nieco łukowate ponad spojeniem łonowem, przecięcie tkanki podskórnej, cięcie powięzi poprzeczne o 1—2 cm wyżej od cięcia skórnego, oddzielenie powięzi od mięśni na tępo i otwarcie jamy otrzewnej w kierunku podłużnym. Ranę zaszywa się szwem czteropiętrowym podług specyalnych zasad. Opatrunek S. zmienia 6. dnia, szwy usuwa 8. dnia. Przebieg gojenia zwykle jest doskonały. Cięcie poprzeczne jest przeciwwskazane w tych przypadkach, w których można przewidzieć, że zabieg będzie długotrwały, oraz tam, gdzie przypuszczamy obecność ropy w jamie brzusznej, wreszcie w przypadkach większych guzów. Do cięcia poprzecznego nadają się przedewszystkiem chore o powłokach zwiotczałych, oraz chore o powłokach jędrnych z niezbyt bogatą podściółką tłuszczową, przyczem w celu osiągnięcia wyniku kosmetycznego należy bliznę ukryć we włosach lub robić cięcie w jednym z fałdów skórnych. Od 1908 r. do połowy 1911 r. S. wykonał cięcie poprzeczne Pfannenstiela 120 razy (na 407 laparotomii) w przypadkach wycięcia macicy, guzów (21), tyłozgięcia macicy (79), raka macicy (2), skrócenia więzadeł obłych (2). W 18 przypadkach usunął tą drogą wyrostek robaczkowy, ale obecnie trzyma się poglądu, że należy tu wykonywać zasadniczo cięcie podłużne. Z 120 chorych operowanych wyzdrowiało 117, zmarło 3 (2 na zapalenie krupowe płuc, 1 na gnilne zapalenie oskrzeli). Powikłania w gojeniu się rany są rzadkie. S. dochodzi do wniosku, że cięcie Pfannenstiela nie może być stosowane szablonowo, nie zastępuje cięcia podłużnego, gojenie rany odbywa się równie szybko, jak po cięciu podłużnem, cięcie poprzeczne daje małą odsetkę następczych przepuklin, a wyniki pod względem kosmetycznym są bez zarzutu.

W dyskusyi dodaje H. Altkaufer, że chore po cięciu Pfannenstiela mogą już w dniu operacyi zmieniać dowolnie położenie ciała, że wymioty i kaszel nie działają ujemnie na gojenie się rany, że chore jego już na 7—8 dzień po operacyi chodziły, że swym chorym zdejmuje klamerki i haczyki Herffa już na 6—7 dzień.

Sławiński twierdzi, że blizny po cięciu poprzecznem są ładniejsze, oraz pewniejsze co do przepuklin. Cięcie Pfannenstiela jest zabiegiem mozolnym i często nie wystarcza wobec guzów większych. St. używa pewnej modyfikacyi i przecina powięź w smudze białej na dowolnej długości do pępka, a dla uniknięcia t. zw. pustych przestrzeni przeprowadza kilka szwów poprzecznie poprzez skórę i powięź na przestrzeni smugi białej i wiąże je ponad wałkiem z gazy.

Ryłko sądzi, że operujący nie może przewidzieć, czy nie znajdzie niespodzianek w jamie brzusznej, które mogą wymagać przedłużenia cięcia; przeto uważa cięcie podłużne za najracyonalniejsze. Cięcie Pfannenstiela R. pozostawiłby jedynie dla operowania ciąży zewnątrzmacicznej lub dla operacyi, mających na celu poprawę położenia macicy.

Wertheim przypomina, że przed 12 laty ś. p. Krajewski pierwszy zaczął stosować cięcie poprzeczne do operacyi usuwania wyrostka robaczkowego i guzów kątnicy. W. spostrzegał kilkaset takich przypadków i nie przypomina sobie, aby widział kiedykolwiek przepuklinę ściany brzusznej. Metodę Krajewskiego W. opisał w swoim czasie w »Central. f. Chirurgie«, a Sprengel na zjeździe chirurgów w 1910 r. uwzględnił ją w odczycie swoim o cięciach poprzecznych. Dr T. Borzęcki.

---

41. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 10—13 kwietnia 1912)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

7) Axhausen (Berlin). **O jałowej zgorzeli kości i chrząstek (osteochondritis dissecans i arthritis deformans).** Praca doświadczalna.

8) F. König (Marburg). **Wszczepianie kości słoniowej celem zastąpienia kości.** K. zaleca celem uzupełnienia wyciętych kości wszczepiać odpowiedni kawałek kości słoniowej (demonstracya żuchwy sztucznie uzupełnionej u chorej 68-letniej).

9) Heile (Wiesbaden). **O nadoponowych wstrzykiwaniach przy rwie kulszowej wywołującej skrzywienie kręgosłupa.** W przypadkach takich wstrzykuje H. ze skutkiem nadoponowo 100 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, w razie potrzeby kilkakrotnie, i osiąga wyleczenia.

10) Borhardt: **Ciekawsze przypadki operacyi rdzenia.**

11) Lexer (Jena). **Przyczynki do chirurgii plastycznej.** Kazuistyka.

12) Kocher (Berno). **Obraz krwi przy charłactwie tarczycznem.** Badano 155 przypadków. Obrazy analogiczne, jak przy chorobie Basedowa, zwiększona liczba limfocytów, a zmniejszona ciałek wielojądrzastych. Zachodzi ta różnica że przy chorobie Basedowa krzepliwość krwi jest zwolniona a przy charłactwie tarczyczem przyspieszona. Podawanie tarczycy polepsza tu zaraz stan krwi, a przy chorobie Basedowa pogarsza go.

13) Cloëtta (Zurich). **Przyczynki do fizyologii i patologii krążenia w płucach i ich znaczenie dla chirurgii śródpiersia.** Praca doświadczalna. Korzystne wyniki leczenia gruźlicy płuc odmą lub plastykami odnieść należy do lepszego ukrwienia płuc. U chorych osłabionych poleca C. stosowanie przy operacyach raczej ciśnienia ujemnego.

14) Kausch. **Operacya Freunda przy gruźlicy płuc.** K. zdaje sprawę z 9 przypadków (5 własnych). Wyniki wcale dobre. Operować należy tylko chorych, u których naciek sięga nie dalej, niż do 2. żebra.

15) Wilms. **Torakoplastyka przy gruźlicy płuc.** Do leczenia plastyką nadają się przypadki jednostronnej przewlekłej gruźlicy, ze skłonnością do zbliznowacenia. Gdy zajęty jest tylko płat górny, to W. operuje przy kręgosłupie żebro 5—6, a przy mostku 3—4, gdy zmiany większe, należy wyciąć kawałki z przodu z 5—6 żeber, z tyłu z 7—8. Im więcej jest zajęte płuco od dołu, tem rokowanie operacyjne gorsze, ew. operować trzeba kilkoczasowo. W przypadkach odpowiednio dobranych wynik po operacyi bywa znakomity.

16) Tiegel (Dortmund). **Operacyjne zakażenie opłucnej i sączkowanie klatki piersiowej.** Ponieważ zakażenie opłucnej przy torakotomiach jest dość częste, przeto T. zaleca nie postępować zbyt radykalnie, gdyż w wielu przypadkach znakomite usługi oddaje sączkowanie sączkiem wentylowym, podanym przez autora.

17) Sauerbruch (Zürich). **Chirurgia klatki piersiowej.** Przedstawienie chorych po operacyach w klatce piersiowej, po podwiązaniu tętnicy płucnej, przy rozszerzeniu oskrzeli, gruźlicy i t. p.

18) Steimann (Berno). **Nowy przyrząd do usypiania pod ciśnieniem.** Przyrząd łączy się ze zwykłym wodociągiem; użycie bardzo proste.

19) Thost (Hamburg) zaleca używać do **tracheotomii** kaniul owalnych, a nie okrągłych i wycinać z tchawicy część chrząstki celem lepszego wprowadzenia rurki i uniknięcia następowych zwężeń.

20) Läwen. **Wolna plastyka mięśniowa przy szyciu serca i wątroby.** Mięśnie nadają się znakomicie do plastyki wolnej, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o wypełnienie ubytków. W 2 przypadkach ran serca użył L. mięśnia piersiowego do załatania rany mięśnia sercowego i skutek bezpośrednio był znakomity, choć potem chorzy zmarli z innych przyczyn. Podobnie zastosował L. tę plastykę raz przy postrzale wątroby i zaleca ją wykonywać w podobnych przypadkach przy zranieniach śledziony i trzustki.

W dyskusyi Wrede przestrzega przed takiemi przeszczepianiami, albowiem mięśnie ulegają łatwo zgorzeli, podobnie sądzi Kocher, który natomiast razem z innymi zauważył, że tkanki, położone na miejsca krwawiące, tamują szybko krwotok (trombokinaza?).

21) Lexer (Jena). **Zastosowanie wolnego przeszczepiania ścięgien.** Ścięgna nadają się znakomicie do zatykania wrót przepuklin, tworzenia pętli, więzadeł, wzmacniania szwów w linii ran brzusznych i t. p. W przypadkach, gdzie chodzi o ścięgno, zdatne do ruchu, trzeba wczas rozpocząć ruchy i unikać zetknięcia ścięgna ze skórą (a więc stosuje się wprowadzanie ścięgien pod podminowaną skórę, a nie z ran otwartych).

22) Sticker (Berlin). **Zastosowanie radu w chirurgii.** Doniesienie o korzystnych wynikach leczenia nowotworów. — W dyskusyi Werner zaleca w tym celu mesotor, Kolb antimeristem.

W końcu Homuth omawiał serodyagnostykę cierpień na tle gronkowców, Dreyer badanie żywotności drobnoustrojów zapomocą śródstawowego szczepienia u królika, Graff leczenie tężca śródżylnemi wstrzykiwaniami surowicy, Franke guz kostny. Engelken pokazał przyrząd do aspiracyi i wstrzykiwań, a Norten-Foft endoskop trójgrańcowy do oglądania wnętrza stawów bez ich otwierania.

Na wieczorze demonstracyjnym przedstawiał Jacques Joseph z Berlina swoje plastyki nosa, Levy Dorn polygramy, Immelmann typowe obrazy rentgenowskie z dziedziny chirurgii przewodu pokarmowego, Katzenstein i Klose plastyczne tworzenie więzadeł.

23) Schmeiden (Berlin). **Sprawy odrodcze w stawie biodrowym.** Staw biodrowy nawet po dużem wycięciu bardzo często się odtwarza, a to w ten sposób, że krętarz mały tworzy wtórorzędną główkę. Pamiętając o tem, powinniśmy przy operacyach stawu biodrowego postępować zawsze stanowczo, t. j. albo staw wycięty zbić celem osiągnięcia nieruchomości, albo też liczyć na staw wtórny. Najgorsze wyniki daje postępowanie chwiejne, gdy osiąga się stan pośredni, t. j. gdy nie następuje ani sztywność, ani utworzenie nowego stawu. Chcąc liczyć na staw nowy, trzeba operować ostrożnie podokostnie.

24) Wendel (Magdeburg). **Meningitis serosa circumscripta cerebralis.** Przypadek kazuistyczny.

26) Henschen (Zurich). **Rozpoznanie i operacya urazowych krwotoków podoponowych.** Krwotoki te powstać mogą z tętnic (art. meningea media, art. fossae Sylvii i carotis cerebralis) lub, co częściej, z żył (pęknięcia zatok, oderwania ziarn Pacchiona, uszkodzenia żyły szyjnej we-

wnętrznej i t. p.). Zestawienie 240 przypadków, z czego 166 operowanych, a w tem 68·1% wyleczeń.

26) Rehn (Jena). **Próby zastąpienia opony twardej.** R. zaleca używanie tłuszczowej tkanki podskórnej celem łatania opony, albowiem ona najmniej ulega zrostom i bliznowatemu kurczeniu się (pokazanie odpowiednich chorych). W dyskusyi zalecano do tego celu powięź szeroką i otrzewnę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Zjazd lekarzy rządowych w Austryi w Krakowie 23. do 26. czerwca 1912.

Zjazd lekarzy rządowych odbędzie się nieodwołalnie i stanowczo, udało się bowiem usunąć trudności, które zagrażały odroczeniem Zjazdu i stworzyć pomyślne dla Zjazdu warunki. Udział obcych lekarzy zapowiada się poważnie; tem liczniejszy też powinien być udział lekarzy naszych, którym przypada rola i obowiązek gospodarzy. Referaty i wykłady zapowiedziane na Zjazd dotyczą spraw tak doniosłych, że zająć powinny szerokie koła lekarzy, pracujących w zakresie higieny publicznej.

23. czerwca odbędą się obrady Wydziału Związku lekarzy rządowych; już jednak w tym dniu spodziewany jest przyjazd wielu obcych, tak, że oprócz zebrania wstępnego przedzjazdowego w niedzielę 23. wieczór już także na sobotę 22. wieczór wyznaczono punkt zborny dla uczestników (w restauracyi Hawełki na I piętrze). Szczegółowy program Zjazdu podany został w »Przeglądzie lekarskim« w Nrze 21, str. 388. Tu powtarzamy tylko, że w Zjeździe uczestniczyć może każdy lekarz; wkładka wynosi dla uczestników 10 kor., dla członków ich rodzin po 5 kor. Od 23. czerwca będzie otwarte biuro wywiadowcze dla uczestników w Domu Towarzystwa lekarskiego, a na dworcu kolei pełnić będą służbę członkowie Komitetu zjazdowego. Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu przyjmuje Dr Gustaw Bielański, c. k. starszy lekarz powiatowy w Krakowie, ul, Studencka 15, a przesyłki pieniężne prof. Dr Dobrowolski w Krakowie, ul. Podwale 2.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 12. VI. posiedzenie, na którem Dr Blassberg miał wykład: »O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego« (część II).

— Krajowa Rada zdrowia odbyła dnia 8. VI. 1912 we Lwowie posiedzenie, na którem wydała opinię w sprawie okręgu sanitarnego w Borowej, ambulatoryum szpitala izraelickiego we Lwowie, podania gminy Delatyn stacyi klimatycznej i sanatoryum w Worochcie.

— Otrzymujemy następującą odezwę: »Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, które się odbyło w Krakowie dnia 7. maja b. r., uchwaliło jednogłośnie u wstępu do tegorocznego sezonu kąpielowego szerszym warstwom publiczności przypomnieć patryotyczny obowiązek popierania swojskich zdrojowisk i uzdrowisk. Sprawa ta tylokrotnie i z tylu punktów widzenia omawiana, że krótkich tylko a gorących słów potrzeba, aby rozgrzać do czynu, sprawa z drugiej strony tak zawsze piekąca i aktualna, że nigdy tych słów nie dosyć ku dobrej sprawy poparciu. Tylko te narody i społeczeństwa rozwinęły się szybko i wysoko, które prawa rozwoju oparły na solidarności wspólnej pracy wszystkich warstw w kierunku ekonomicznym, nie tracąc sił i czasu na krytyczną walkę wewnętrzną. Tylko też wtedy rozwinąć się może należycie nasze zdrojownictwo, gdy harmonijna praca zarządów zdrojowych i organizacyi balneologicznych poparta będzie szczerze przez szersze warstwy publiczności. Rozbieżne nieraz myśli skupić możemy w jedno czynów ognisko i skupimy je niewątpliwie, gdy własnej obojętności nie będziemy zasłaniali pretekstem winy drugich, lecz czyn własny, choćby ofiarny, wysuniemy na czoło, i z tych czynów zbudujemy przedmurze dla dobra rozwoju zdrojownictwa i dla dobra kraju. Za Prezydyum Polskiego Towarzystwa Balneologicznego: Prof. Dr Stanisław Pareński. Dr Józef Zanietowski. Za Redakcyę »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i Przewodnika turystycznego«: Dr Jan Frączkiewicz«.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Zygmunt Drobniewicz, rodem z Konar w Galicyi, Józef Makary Lubczyński z Blachowni (Król. Polskie) i Stanisław Rouppert z Warszawy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. VJ. do 8. VI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych 1 † —), ospy wietrznej 12, płonicy 3 † — (1 † —),, odry 1, duru brzusznego 3 † 1, róży 3. Dr Janiszewski.

Warszawa. W dwóch zakładach lekarskich w Warszawie wakuje posada dla młodego lekarza (bez egz. państw. w Rosyi) lub studenta-medyka z wyższych kursów. Czas zajęcia w każdej z tych 2 instytucyi po pół dnia. Zajęcie: chemia, fizyolog. i bakteryologia. Warunek: nie zajmowanie się praktyką lekarską. Wynagrodzenie ogółem 125 rb. miesięcznie i mieszkanie. Wiadomość w redakcyi »Przeglądu lek.«.

— Składki uliczne na »Pogotowie ratunkowe«, urządzone w 15. rocznicę założenia tej instytucyi, przyniosły około 50.000 rubli.

Mianowani: Pedyatra prof. Pesina na Wydziale czeskim w Pradze otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

Zmarli: Dr Stanisław Bartoszewicz, lekarz i kandydat nauk przyrodniczych w Łodzi w 53 r. ż.; zmarły był kierownikiem miejskiej pracowni higienicznej i naczelnym lekarzem miejskim; Dr Petrunkiewicz w Jałcie, Dr Witold Mickiewicz w Kiszyniowie w 60 r. ż., Dr Michał Juchnowicz w Warszawie w 75 r. ż.

Redakcya otrzymała. Baurowicz: 1) Zur Bestimmung der Grösse der Trachealkanülen. »Arch. f. Laryng«. 2) Badania czynności ucha. Kraków 1912. — Ostrowski: 1) Spółczesny stan

nauki o niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony. 2) Wrodzone wady serca u oseskόw w świetle badań sekcyjnych. »Przegl. pedyatr.«. 3) Morfologia krwi w krzywicy. »Med. i Kron. lek.«.

. Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 19. czerwca 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Kader: O zapaleniu wyrostka robaczkowego ze stanowiska chirurgicznego.

Doroczne posiedzenie Sekcyi czortkowskiej Tow. lek. gal. odbędzie się w Husiatynie 16. czerwca o godz. 6 wieczorem. Program: 1. Kol. Zaremba (Husiatyn) i Zawadzki (Czortków): Demonstracye chorych. 2. Kol. Sękiewicz (Czortków): O morfinizmie ze stanowiska psychiatrycznego (na podstawie własnej kazuistyki). 3. Sprawozdanie doroczne Prezydyum Sekcyi. 4. Wybór prezesa, wiceprezesa, sekretarza i delegatów na Walne Zgromadzenie. 5. Wnioski.

Przewodniczący: Dr Wągrowski.

Sekretarz administracyjny: Dr Gargulinski.

Rok LI. Kraków, dnia 22. czerwca 1912. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner).

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

W dyetetyce, która w miarę rozwoju chemii i fizyologii, staje się powoli nauką, istnieje dużo poglądów, stworzonych przez spostrzeganie, lecz nie potwierdzonych jeszcze przez badanie naukowe.

Do rzędu tych poglądów należy pogląd o różnicy między tak zwanem mięsem czarnem a białem, o większej szkodliwości pierwszego przy niektórych chorobach, zwłaszcza przy dnie i zapaleniu nerek.

W literaturze znajdujemy różne zapatrywania w tej sprawie. Przeglądając ważniejsze podręczniki i monografie, zauważa się różnicę w poglądach między źródłami staremi a nowemi.

Do 1900 r. częściej spotyka się zwolenników różnicy pomiędzy mięsem czarnem a białem.

N. p. mięso białe uważają za mniej od czarnego szkodliwe przy dnie O. Minkowski [1-2]), przy chorobach nerek Senator [3]), v. Ziemssen [4]), Ortner [5]), Robin [6]). Większość tych autorów wyraża zdanie, że mięso białe zawiera mniej istot wyciągowych, szkodliwie działających przy dnie i zapaleniu nerek. Przeciwko temu poglądowi, w podręcznikach wydanych do r. 1900, wystąpił kategorycznie, o ile nam wiadomo, tylko jeden Leube [7]).

Stosunek autorów do tego zagadnienia zupełnie się zmienił po roku 1900. Liczba przeciwników różnicy pomiędzy mięsem czarnem a białem wzrosła, a większość autorów albo zupełnie nie dotyka tej sprawy albo też stanowczo przeczy mniejszej szkodliwości mięsa białego, jako poglądowi zupełnie nieuzasadnionemu. (Umber [8]), Stern [9]), Hirschfeld [10]).) Spotyka się teraz nawet wprost przeciwny pogląd o szkodliwości przy dnie mięsa białego z ptaków, w szczególności z kur i gołębi, a to ze względu na często spotykane w różnych częściach ciała tych ptaków złogi moczanowe (Ziemssen [11]).

Zwrot ten w poglądach na wartość mięsa białego w dyetetyce nastąpił zdaje się głównie wskutek badań Noordena i jego uczniów.

W r. 1899. na Zjeździe terapeutów w Karlsbadzie wystąpił Noorden gorąco przeciwko zakazowi mięsa czarnego, gdyż zakaz ten wiedzie do zbyt wielkiej jednostajności w potrawach i skutkiem tego do zmniejszenia się apetytu u chorych, co ostatecznie wiedzie do upadku sił i odżywiania. Zakaz ten Noorden uważa za zupełnie nieuzasadniony, ponieważ w całej literaturze nie znalazł ani razu klinicznie doświadczalnej podstawy do tego zakazu, lecz tylko hypotetyczne twierdzenia o większej zawartości azotowych ciał wyciągowych w mięsie czarnem. Temu bezpodstawnemu, według Noordena, poglądowi przeciwstawia on swoją obserwacyę pewnej chorej na zapalenie nerek, u której w pięciodniowym okresie karmienia mięsem kurzem znaleziono zupełnie taką samą ilość azotu i raczej cokolwiek więcej białka, niż podczas następnego pięciodniowego karmienia mięsem wołowem czarnem.

W tym samym roku ukazała się z oddziału Noordena praca Offera i Rosenquista [13]), potwierdzająca wypowiedziany przez Noordena pogląd. Autorzy zbadali różne gatunki mięsa surowego co do zawartości ciał wyciągowych i zasad azotowych i znaleźli, że nie ma żadnej różnicy w ilości ciał wyciągowych w mięsie czarnem i białem. Co się zaś tyczy zasad azotowych, to rzeczywiście znaleźli ci badacze wyższe średnie liczby w mięsie wołowem (0,05—0,04%), niższe zaś (0,03% – 0,02%) znajdowali w białem mięsie, i to głównie w cielęcinie, wieprzowinie i rybach. Cyfry te jednak dla dyetetyki nie mogą mieć żadnego znaczenia, albowiem znalezione różnice nie przekraczają wahań, spotykanych przy badaniach jednego i tego samego gatunku mięsa. Ze względu na wyniki swych badań uważają ci autorzy różnicę pomiędzy mięsem czarnem a białem za nieuzasadniony przesąd (unbegründetes Vorurteil).

Przeciwko temu stanowczemu wnioskowi szkoły Noordena wystąpił Senator [14-15]), który między innemi podniósł, że dla odpowiedzi na to pytanie, nie są rozstrzygające wyniki badań mięsa surowego, lecz skład jego po odpowiedniem przygotowaniu. Opierając się na rozbiorach Königa, znajduje się rzeczywiście wybitną różnicę między mięsem czarnem a białem, a mianowicie smażone mięso wołowe

zawiera 0,72% ciał wyciągowych, smażona zaś cielęcina zaledwie 0,03%. Zarzuty Senatora wywołały odpowiedzi ze strony Offera [16]) i Rosenquista [17]). Autorzy ci dowodzili, że przygotowanie, jeżeli sposób przygotowania jest ten sam, prawie jednakowo wpływa na skład różnych rodzajów mięsa i jeżeli porównać odsetek ciał wyciągowych, które mięso czarne i białe traci przy smażeniu, to okaże się, że raczej mięso czarne łatwiej traci swoje ciała wyciągowe, niż mięso białe. W odpowiedzi na to pojawiła się w. r. 1908 z oddziału Senatora praca Adlera [18]), który doszedł do wprost przeciwnych wyników, niż Offer i Rosenquist. Według niego cielęcina zatrzymuje po usmaże iu lub ugotowaniu $1/5$ ciał wyciągowych, mięso zaś czarne traci bardzo niewiele. Równorzędnie z badaniami chemicznemi mięsa pojawiło się również z oddziału Noordena badanie kliniczne Kauffmana i Mohra [19]), dotyczące wpływu różnych rodzajów mięsa na przebieg przewlekłych zapaleń nerek. Autorzy ci badali wydzielanie białka i azotu przy dyecie mlecznej, oraz przy podawaniu mięsa czarnego i białego (300—500 gr. na dobę). Różnicy pomiędzy mięsem czarnem a białem nie znaleźli. Okresy poprawy, która objawiała się zmniejszonym białkomoczem i zwiększeniem wydzielania azotu, spostrzegali czasem zarówno przy białem, jak i przy czarnem mięsie. Do takiego samego wyniku u chorych na zapalenie nerek doszli Pabst [20]) i Köster [21]), którzy badali wpływ mięsa czarnego i białego na białkomocz i wydzielanie wałeczków, a także Kusznir [22]), który określał oprócz tego wydzielanie azotu mocznika, kwasu moczowego i ciał wyciągowych. De Giovine [23]) jednak, którego praca wyszła niedawno (1909) występuje przeciwko takiemu wnioskowi. Autor ten zauważył u chorych na nerki wyraźne pogorszenie się sprawy i zwiększenie zatrzymania azotu przy nagłem przejściu od mięsa białego do czarnego.

Z przytoczonych danych z literatury widać, że w poglądach rozmaitych autorów na dyetetyczne znaczenie mięsa białego występuje wybitna różnica. Wyniki badań chemicznych i klinicznych nie są tak zgodne, by można odrzucić ostatecznie różnicę między mięsem białem i czarnem, uznaną przez wiekowe spostrzeżenia. Wobec tego chętnie przyjęliśmy radę prof. K. E. Wagnera, by zapomocą badań klinicznych i doświadczalnych próbować rozstrzygnąć to ważne w dyetetyce pytanie.

Biorąc się do wyjaśnienia tej spornej sprawy, z góry nie mogliśmy oczekiwać większej różnicy, dlatego trzeba było opracować taki plan badania, przy którymby przypuszczalna różnica wystąpić mogła jak najwyraźniej. Po całym szeregu doświadczeń przygotowawczych, gdzieśmy jednocześnie przeprowadzali porównawczą ocenę różnych sposobów rozbioru ilościowego, doszliśmy do wniosku, że najjaśniejsze wyniki otrzymamy wtedy, kiedy podamy określoną ilość jakiegokolwiek mięsa po uprzednim dość długim okresie dyety bezpurynowej, przy której to dyecie wydzielanie azotowych części składowych moczu, a głównie kwasu moczowego ustala się na nizkim poziomie. Dla dokładnego zbadania wpływu różnych gatunków mięsa u tego samego osobnika, postanowiliśmy również oddzielić okres podawania jednego rodzaju mięsa od okresu podawania drugiego dłuższym okresem dyety bezpurynowej. Należy tutaj zaznaczyć, że dla otrzymania ile możności pewnych wyników, byliśmy bardzo ostrożni w wyborze osób, mających się poddać badaniu.

Badaliśmy tylko takie osoby, które zasługiwały na zupełne zaufanie i w których badania te budziły szczególne zajęcie. Badane osoby pozostawały w okresie doświadczeń w zupełnie jednakowych warunkach i wykonywały mniej więcej jednakową pracę mięśniową. Pewne znaczenie w doświadczeniach naszych mógł mieć wybór gatunków mięsa i sposobów przyrządzania, używaliśmy więc do porównania najbardziej typowych gatunków mięsa czarnego i białego. Jako mięso białe podawaliśmy wyłącznie piersi kurze, jako czarne najlepszą polędwicę wołową. Mięso było dokładnie oczyszczone ze skóry, tłuszczu, ścięgien, dokładnie posiekane, zważone i podsmażone na maśle śmietankowem. Połowę porcyi dziennej otrzymywał badany osobnik o godzinie 12. w południe, drugą zaś połowę o 6. wieczorem Dyeta bezpurynowa w naszych doświadczeniach składała się z mleka, jaj, masła śmietankowego, ryżu, bułek, cukru, słabej herbaty i jabłek. Osoby badane przyzwyczajały się w ciągu 2—3 dni do tej dyety i ściśle przestrzegały jej do końca doświadczenia. Osoby poddane badaniu otrzymywały w tak zwane dnie mięsne oprócz dyety bezpurynowej określoną ilość jednego lub drugiego gatunku mięsa. Ilość więc spożywanego białka w dnie mięsne była wobec tego większa, niż w ciągu dni bezpurynowych, z czem, jak już wyżej powiedzieliśmy, z góry się liczyliśmy. Mocz w ciągu całego doświadczenia dokładnie zbieraliśmy i określaliśmy: 1) dobową ilość, ciężar gatunkowy i odczyn, 2) ilość ogólną azotu, 3) mocznika, 4) amoniaku, 5) kreatyniny, 6) kwasu moczowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

W każdym jednak razie, mimo że na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń nie da się jeszcze nic pewnego powiedzieć, czy i o ile przerwanie ciąży wpływa dodatnio na dalszy przebieg przedwczesnego otępienia umysłu, chorobę tę zaliczyć należy do tych, które mogą dawać wskazanie do zapobiegawczego ukończenia ciąży w tem znaczeniu i z temi zastrzeżeniami, jakie przyjęliśmy już poprzednio i dla innych chorób umysłowych. Według Krapelina bowiem ma otępienie przedwczesne wyraźną skłonność do zaostrzania się podczas każdorazowego zajścia kobiety w ciążę i do coraz to większego osłabienia jej władz umysłowych.

Wszystko to, co podnieśliśmy tu co do przedwczesnego otępienia umysłu, należy odnieść i do tych przypadków przedwczesnego otępienia, które po raz pierwszy dopiero pojawiły się w przebiegu ciąży, dla których więc ciąża była, być może, czynnikiem wywołującym, a które to przypadki według naszego podziału zaliczyć już należy do trzeciej grupy.

Ad C). Z kolei przechodzimy do tej kategoryi chorób umysłowych, które po raz pierwszy ujawniły się dopiero w przebiegu ciąży i zastanowimy się nad tem, czy na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń i doświadczeń klinicznych dadzą się już obecnie ująć w prawidło pewne wskazania do przerwania ciąży, powikłanej chorobą umysłową matki. Dla uniknięcia wszelkiego nieporozumienia zaznaczamy tu odrazu, że psychozy, które pojawiły się po raz pierwszy w przebiegu ciąży, nie tworzą według dotychczasowych przynajmniej zapatrywań jakiejś odrębnej i jednolitej grupy chorób umysłowych »sui generis«, lecz że są to i skądinąd dobrze nam już znane jednostki nosologiczne, jak melancholia, psychozy okresowe (peryodyczne) maniakalno-depresyjne, bardzo rzadko mania, bezmysł (amentia) (Quensel, Runge), dementia paranoides, urojenia zazdrości (E. Meyer [1]), a według Aschaffenburga, Kräpelina [2]), Quensla, Münzera [3]), Meyera, W. Rungego i innych, i przedwczesne otępienie umysłu, któratо choroba na podstawie nowszych spostrzeżeń pojawia się nawet częściej w przebiegu ciąży, aniżeli inne choroby umysłowe.

Co do tych co dopiero wymienionych chorób dodać tu należy, że melancholia pojawia się w okresie ciąży daleko częściej, aniżeli mania. Gdy jednak W. Runge nie spostrzegał, ażeby ona częściej pojawiała się w tym okresie, aniżeli w innych okresach porodowych, to inni autorzy podają stosunkowo wyższą odsetkę melancholii w okresie ciąży, aniżeli w okresach połogu i karmienia.

Bezmysł (amentia), który jest jedną z najczęstszych psychoz połogowych, pojawia się w przebiegu ciąży nadzwyczaj rzadko, a to prawdopodobnie dlatego, że należy on do chorób prawie wyłącznie z zewnątrz pochodnych. Zakażenie, choroby gorączkowe, krwotoki i niedokrwistość, oto najczęstsze jego przyczyny, a zatem sprawy, z któremi w przebiegu ciąży spotykamy się tylko wyjątkowo.

O tyle częstsze są natomiast w przebiegu ciąży choroby umysłowe idyopatyczne, a z tych znowu wysuwa się przedewszystkiem na pierwsze miejsce katatonia. Tak n. p. u Herzera [4]) 48·41% wszystkich psychoz porodowych przypada na katatonię, u E. Meyera [5]) 31·37%, u W. Rungego 37·27%, a z pośród tych znowu największa odsetka przypada na okres samej ciąży np. u W. Rungego 19·51%. U Münzera na 19 przypadków psychoz w przebiegu ciąży przypada 11 na przedwczesne otępienie umysłu. Występuje ono w postaci osłupienia lub podniecenia, najczęściej jednak pod obrazem depresyi lub otępienia paranoidalnego (dementia paranoides) z licznemi urojeniami prześladowczemi i omamami przeważnie słuchowymi.

Do tej samej kategoryi przedwczesnego otępienia umysłu z urojeniami paranoidalnemi (dementia paranoides) zaliczyć prawdopodobnie należy i większość tych przypadków, które w literaturze opisywane są jako pomieszanie przewlekłe (paranoia chronica), a które rozwinąć się miały dopiero w przebiegu ciąży i to w następstwie tejże ciąży. Wiele bowiem z tych przypadków nie odpowiada klinicznie czystemu pomieszaniu (paranoia). Stoimy zresztą na stanowisku, iż ciąża nie może być nigdy przyczyną choroby, która zdaniem Piltza jest chorobą wrodzoną. Przyznajemy natomiast, że razem z zaburzeniami, jakie mają miejsce w ustroju każdej ciężarnej, mogą u kobiety, cierpiącej na pomieszanie, chorobliwe jego objawy spotęgować się do tego stopnia w okresie ciąży, że teraz po raz pierwszy dopiero ujawnia się dla otoczenia dotąd niedostrzegalna dla niego choroba umysłowa. A zatem choroba była już i przedtem, ale w postępowaniu i zachowywaniu się chorej nic jeszcze nie można było zauważyć patologicznego. To bowiem, że chora była podejrzliwa, małomówna, drażliwa, że unikała towarzystwa i najchętniej przebywała sama, to wszystko kładło zapewne otoczenie, jak zwykle w takich przypadkach, na karb jej indywidualności, jej odrębnego charakteru, pewnego dziwactwa itd., o chorobie zaś, i to poważnej chorobie umysłowej nikt jednak jeszcze wówczas nie myślał.

Dopiero razem ze zmniejszoną odpornością w przebiegu ciąży, razem z pojawieniem się większej ilości urojeń i omamów, brakło kobiecie i owych hamulców, które sobie dotąd nakładała, a razem z niemi zmienił się teraz wyraźnie już i jej stosunek do otoczenia, do którego de facto odnosiła się już dawno w sposób chorobliwy i paranoiczny.

Dążymy więc do tego, że jakkolwiek w przebiegu ciąży pojawiają się przypadki przedwczesnego otępienia umysłu z urojeniami paranoidalnemi i przypadki czystego pomieszania (paranoia), to jednak jedynie tylko otępienie paranoidalne rozwinąć się może po raz pierwszy w przebiegu ciąży, natomiast pomieszanie, jakkolwiek po raz pierwszy uwidocznia się czasem dopiero w okresie ciąży, to jednak istniało już prawdopodobnie na długie lata przedtem w formie dla nikogo jeszcze nieuchwytnej i nieskrystalizowanej.

Jestto naturalnie tylko przypuszczenie, oparte na doświadczeniu w innych przypadkach. Sprawa ta wymaga w każdym razie dalszych spostrzeżeń i jak najdokładniejszego badania w każdym podobnym przypadku, a to przedewszystkiem w kierunku usposobienia i zachowywania się chorej na szereg lat przed jej zajściem w ciążę. Jedynie tylko na podstawie takiej kazuistyki będzie dopiero można nieco więcej o tem powiedzieć. Dla poparcia tych naszych wywodów co do pomieszania przytaczamy tu tylko Siemerlinga, który na 322 przypadków psychoz porodowych spostrzegał tylko raz jeden pomieszanie, które się miało rozwinąć w okresie porodowym (na podstawie krótkiej notatki w »Münch. med. Woch.« nie można powiedzieć, w którym z trzech okresów porodowych ona się pojawiła, co jednak nie zmienia wcale istoty rzeczy), w większości natomiast przypadków pomieszania bywały to tylko zaostrzenia już na długi czas przedtem istniejącej choroby.

Jedna jeszcze rzecz jest godna uwagi, a mianowicie ta, że o ile w statystykach dawnych autorów przeważają melancholie i wogóle depresye pomiędzy psychozami w okresie ciąży, to według nowszych zestawień górują liczebnie pomiędzy chorobami umysłowemi idyopatycznemi u kobiet ciężarnych katatonie. Przyczyny tego dopatrywać się należy w pewnem przesunięciu się walorów dyagnosty-

---

[1]) Beiträge zur Kenntniss des Eifersuchtswahns mit Bemerkungen zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych. T. 46.

[2]) Lehrbuch der Psychiatrie. Verl. Ambrosius Barth.

[3]) Ein Beitrag zur Lehre der Puerperalpsychosen. Monat. f. Psych. u. Neurol. 1906, T. 19.

[4]) Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychosen. Allgem. Zeitschr. für Psych. 1906, T. 63.

[5]) Die Puerperalpsychosen. Arch. für Psych. und Nervenk. Tom 48.

cznych, w nieco innem ujęciu, aniżeli dawniej, tej jednostki chorobowej, którą nazywamy katatonią. Ze zmianą zaś poglądów zmienić się również musiał ilościowy stosunek poszczególnych psychoz do siebie.

Wszystkie wymienione choroby umysłowe spotykamy w tym wieku u kobiet i z różnych innych przyczyn, zupełnie niezależnie od ciąży. Do tej samej trzeciej kategoryi chorób umysłowych zaliczyć należy jednak i pewne formy psychiatryczne, dokładniej opisywane w ostatnich dopiero latach, a które, jakkolwiek do psychoz jeszcze zaliczone być nie mogą, to jednak nie mieszczą się już w ramach znanych nam nerwic. Stanowią one więc oddzielną niejako grupę, stojącą na granicy nerwic i chorób umysłowych.

Do tej samej kategoryi wreszcie należą i wszystkie psychozy rzucawkowe, pląsawicze, padaczkowe i histeryczne, które, jako dające niejednokrotnie wskazania do przerwania ciąży, były już przedtem szczegółowo omówione.

Wszystkie w tej grupie wymienione choroby umysłowe, jak i te, które według naszego podziału podpadają pod literę B), stanowią właściwe psychozy kobiet ciężarnych, a tworzą kilka do kilkunastu zaledwie odsetek wszystkich porodowych chorób umysłowych. Tak np. z 310 przypadków, zestawionych przez Marcé, tylko w 27 przypadkach rozwinęła się psychoza w okresie ciąży, w 180 natomiast podczas połogu, a w 108 w okresie karmienia. U Rückshera [1]) rozkładają się choroby w ten sposób na różne okresy porodowe, że 61% psychoz przypada na czas połogu, 24·6% na okres karmienia, a tylko 14·24% na ciążę. U Fürstnera [2]) na 34 przez niego spostrzeganych przypadków przypada choroba umysłowa tylko 5 razy na okres ciąży, u Wintera [3]) na 69 przypadków 3 razy, u Münzera na 101 przypadków 19 razy. Podobny stosunek spotykamy u Rippinga, Quensla, E. Meyera. U Siemerlinga [4]) przypada z pośród psychoz porodowych 86% na okres połogu, 10% na okres karmienia, a tylko 3% na okres ciąży. U Antona [5]) według zrobionego przez niego zestawienia na materyale w Wiedniu, Grazu i Halle, przypada na okres ciąży 21·4, 9·0, względnie 9·6% wszystkich psychoz porodowych. Świeżo obliczył W. Runge, że na 1715 przypadków różnych autorów przypada tylko 263 na choroby umysłowe w przebiegu ciąży, tj. 15·34% wszystkich psychoz porodowych, reszta przypada na okres połogu i karmienia.

Ta mała odsetka psychoz w okresie ciąży da się łatwo wytłómaczyć tem, że wszelkie dotychczasowe stytystyki oparte są na materyale zakładowym i klinicznym. W zakładach zaś i klinikach bardzo rzadko umieszcza się kobiety ciężarne, a to dlatego, że psychozy w tym okresie należą przeważnie do kategoryi psychoz depresyjnych. Te zaś, o ile tylko nie są daleko posunięte, leczą rodziny najchętniej w domu, a oddają do zakładów tylko przypadki ciężkie.

Jedynie Runge doszedł do zupełnie innych wyników, aniżeli wyżej wymienieni autorzy, a to na podstawie 106 przypadków kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Kiel. Znalazł on mianowicie, że psychozy w przebiegu ciąży przewyższają w dwójnasób choroby umysłowe okresu karmienia, czego przyczyny dopatruje się on w tem, że do tej kliniki przyjmowano i bardzo lekkie stany przygnębienia, tak częste w przebiegu ciąży, a które tylko wyjątkowo umieszcza się w zakładach zamkniętych.

Oczywiście w przebiegu ciąży pojawić się mogą pierwsze objawy postępowego niedołęstwa umysłu, albo jakiejkolwiek innej choroby umysłowej, nie wymienionej w tej grupie, np. psychozy alkoholowej itd. Tych jednak chorób, jako nie pozostających w żadnym istotnym związku z ciążą, nie będziemy zupełnie brać w rachubę przy naszych rozważaniach nad ustaleniem wskazań do przerwania ciąży.

Jednakże i przy ustalaniu wskazań co do poprzednio wymienionych chorób umysłowych napotykamy na ogromne trudności, a to dlatego, że dzisiaj nie da się jeszcze nawet w przybliżeniu określić, które jednostki chorobowe pozostają w rzeczywistym patogenetycznym związku z ciążą, że nadto niewiele jeszcze wiemy, czy i o ile zaburzenia ustroju kobiety, wywołane przez ciążę, wpływają ujemnie na przebieg chorób umysłowych, a wreszcie jaki wpływ wywiera przerwanie ciąży na dalszy ich przebieg. A jeśli do tego dodamy, że i literatura, dotycząca przerwania ciąży ze względu na chorobę umysłową matki, do niedawna bardzo jeszcze była skromna, a to dla braku rzeczowych i dokładnych spostrzeżeń w tym kierunku, to zrozumiemy, że stawianie jakichkolwiek prawideł było, a poniekąd i jest jeszcze rzeczą zupełnie niemożliwą. Ponieważ więc, jak to zresztą okaże się i z dalszych wywodów, nie można jeszcze stawiać żadnych zasad, którychby się bezwzględnie należało trzymać przy dawaniu wskazań do przerwania ciąży ze względu na chorobę umysłową matki, przeto przedstawimy tu kolejno w krótkości zapatrywania różnych badaczy na tę sprawę, które to zapatrywania zostały zdobyte na materyale praktycznym.

I tak przeciwko wywoływaniu poronienia w przebiegu powyżej wymienionych chorób umysłowych występują przedewszystkiem Marcé, v. Franqué [1]), Schüle [2]), Savage [1]), Kräpelin i wielu innych. Wszyscy oni opierają się w swojem dowodzeniu na tem, że w większości przypadków nie widziano żadnego dodatniego wpływu porodu, który się odbył na czasie, na bieg psychozy u kobiet ciężarnych. Z innych nie widzieli dodatniego wpływu porodu na przebieg choroby umysłowej Fürstner, Ph. Jolly, W. Runge. Runge spostrzegał nawet w kilku przypadkach pogorszenie w przebiegu choroby umysłowej. Franqué, Kräpelin i inni nie spostrzegali również polepszenia i po przerwaniu ciąży na drodze bądź poronienia, bądź przedwczesnego porodu. Müller [3]) wspomina w swoim podręczniku, że wszelkie gwałtowne przerywanie ciąży w większości przypadków nie wywiera żadnego dodatniego wpływu na przebieg choroby

---

1) A study of the psychoses beginning in the puerperal states. Boston Med. and Surg. Journ. 1909. Nr 5. Ref. Jahres. f. Neur. u. Psych.

2) Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenk. T. 5.

3) Die Wochenbettpsychosen. Dissert. 1908.

4) Graviditäts- u. Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik 1904.

5) Ueber Geistes- u. Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, Wochenbett und der Säugungszeit. Handb. der Gynäkologie I. Veit. Wiesbaden 1909.

---

1) Cyt. przez Picka (Wiener med. Woch. 1905, Nr 2).

2) Handbuch der Psychiatrie.

3) Handbuch der Geburtshülfe.

umysłowej. Raw [1]), który spostrzegał sześć przypadków psychoz w przebiegu ciąży, które według niego charakteryzują się przedewszystkiem depresyą z urojeniami prześladowczemi i zupełną bezsennością, utrzymuje, że nie stanowią one nigdy wskazania do przerwania ciąży. We wszystkich sześciu przypadkach, mimo, że nie wzniecono poronienia, ani też przedwczesnego porodu, kobiety wyzdrowiały, bądź przed porodem, bądź też dopiero po porodzie. Quensel, który widywał bardzo różnorodny przebieg psychoz u kobiet ciężarnych niezależnie od tego, czy ciążę przerwano, czy nie, nie znajduje w swojej kazuistyce zachęty do wzniecania poronienia w podobnych przypadkach. Fellner [2]) twierdzi wprawdzie, że w każdym prawie przypadku ciąży, powikłanej psychozą, da się na drodze wyczekiwania i leczenia łagodzącego ominąć tak poważny zabieg, jakim jest przerwanie ciąży, mimo to jednak zgadza się na wzniecenie poronienia w przypadkach. w których kobieta odmawia przyjmowania pokarmów, a tem samem naraża płód i siebie na zupełne wyczerpanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) The mental diseases of pregnancy and the puerperal period. The Edinburgh Med. Journal. 1906, Nr 8. Ref. Jahresb. f. Psych. und Neurol. 1906.

[2]) Ueber Psychose und Schwangerschaft. Therapie der Gegenwart 1908.

Ueber Graviditätspsychoscn. Therap. der Gegenwart 1908.

Oceny i sprawozdania.

Dr Józef Zawadzki: **Piętnaście lat Pogotowia ratunkowego w Warszawie (1897—1912).** Warszawa 1912. Druk Laskauera, stron 148.

Pogotowie ratunkowe warszawskie nie jest z istniejących na ziemiach polskich towarzystw ratunkowych najstarszem, jednakże wyrosło najszybciej na instytucyę w wielkim stylu, a dzieje jego są niezmiernie ciekawe. I to z kilku względów. Naprzód dlatego, że są one bardzo pouczające w zakresie ratownictwa wogóle ze względu na ogromny materyał statystyczny (dotychczas 140.000 przypadków) i na etapy swego rozwoju. Dalej dlatego, że chyba żadne pogotowie ratunkowe nie przechodziło kolei tak niezwykłych i nie pracowało w takich warunkach, jak warszawskie w niedawnych czasach rewolucyjnych. Złożyło ono wtedy dowody znakomitej organizacyi i sprawności, zimnej krwi, odwagi i poświęcenia, graniczących niemal z bohaterstwem. Wszak w owych czasach bywały dni, w których po salwach wojska, strzelaninie rewolucyonistów i t. d. trzeba było zaopatrzyć do 160 osób, bywały chwile, gdzie wjeżdżającą w roznamiętniony tłum karetkę Pogotowia witał grad kamieni, wskutek pogłoski, że w niej są szpiedzy i policyanci. Wreszcie są dzieje Pogotowia warszawskiego niezmiernie pouczającym przykładem, do jakich nieprawdopodobnych wyników doprowadza nieznużona, pomysłowa, zapobiegliwa praca w kierunku zebrania potrzebnych funduszów. Tylko tym zabiegom zawdzięcza bowiem Pogotowie warszawskie swój początek, istnienie i rozwój.

Inicyatorem Pogotowia warszawskiego był Dr Józef Zawadzki; w książce swojej przypisuje on w tym względzie zasługę także Dr Zweigbaumowi, jednakże on jest rzeczywistym twórcą i do dziś dnia duszą instytucyi. Myśl powzięta jeszcze w r. 1890 wcieliła się w życie w r. 1896, dzięki hojnej ofierze Konstantego hr. Przeździeckiego, który własnym kosztem zorganizował wzorową stacyę ratunkową na ówczesnej wystawie higienicznej w Warszawie. Nie doczekał jednak zacny fundator zatwierdzenia ustawy instytucyi; opiekę nad nią przejął po nim brat jego Gustaw hr. Przeździecki, również już nieżyjący, pierwszy prezes Towarzystwa. Wykształceniem pierwszego personalu kierował znakomity chirurg ś. p. Roman Jasiński. Z małych stosunkowo początków rozwinęło się dziś Pogotowie ratunkowe w wielką instytucyę, mającą własny, odpowiednio do celów pogotowia zbudowany dom, bogaty inwentarz przyrządów i posługującą się do udzielania ratunku dziś już przeważnie tylko samochodami ratunkowymi. Co ważniejsza stało się warszawskie Pogotowie rozsadnikiem ratownictwa dla całego niejako wschodu Europy, udzielając wielu miastom w państwie rosyjskiem wskazówek i pomocy w zorganizowaniu stacyi ratunkowych. Nietylko Łódź, Wilno, Kijów i Mińsk, ale Odessa, Charków, Ryga, Petersburg, a nawet dalekie Samara, Saratów i Taszkient zasięgały rady Pogotowia warszawskiego i szukały w niem wzorów. Skreślone przez Dr Zawadzkiego dzieje warszawskiego Pogotowia dają nietylko ogólny obraz jego rozwoju, gospodarki, wzrostu majątku, dochodu i wydatków (które w r. 1911 doszły ogromnej sumy 59.393 rb.) oraz kosztów udzielenia pomocy w jednym przypadku (zrazu przeszło 6 rb., obecnie 2·89 rb.) ale także bardzo dokładnie przedstawiają całą technikę działania Pogotowia, a co najważniejsza, przynoszą bardzo bogaty i starannie w 34 tablicach opracowany materyał statystyczny. Ten materyał statystyczny daje autorowi sposobność do całego szeregu wniosków, rzucających ciekawe światło na stosunki społeczne Warszawy i dlatego książka Dra Zawadzkiego zasługuje na uwagę nietylko lekarzy, ale wogóle wszystkich ludzi dobrej woli, dla których sprawy społeczne nie są obojętne. R.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Keller. **Doświadczenia ze sztuczną odmą piersiową.** (Beitr. z. Kl. der Tuberk. XXII. 2). K. zakreśla bardzo szerokie granice dla leczenia gruźlicy odmą piersiową, choć z drugiej strony przyznaje, że nieraz to leczenie nie udaje się z powodu zbyt silnych zrostów. K. zakłada odmę z miejsca pomiędzy fałdami mięśni piersiowego i najszerszego grzbietu w znieczuleniu miejscowem podług Brauera. Często spotyka się potem wysięki jałowe i dlatego wystrzegać się należy tego leczenia przy ropniach płuc, albowiem wtedy wysięk musiałby uledz zakażeniu. Śmiertelność przypadków, gdzie odmy nie udało się wytworzyć, wynosi 60% przy odmie 20%. Wogóle uważa K. ten sposób leczenia za jeden z najlepszych w gruźlicy, należy stosować go jednak cierpliwie i długo. K.

Fagiuoli. **O leczniczej odmie piersiowej; surowicze zapalenie opłucnej w następstwie.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 19). Przy leczeniu gruźlicy odmą piersiową bardzo często występuje jako powikłanie surowicze zapalenie opłucnej. Zaczyna się ono nagle dreszczami i gorączką i trwa 2—4 tygodni. Płyn jest przeźroczysty, barwy cytrynowej o c. g. 1·018—1·027, krzepnie zwolna, białka zawiera około 5%, w osadzie ciałka jednojądrzaste, bez prątków. To zajęcie opłucnej wywiera wpływ ujemny na ogólny stan chorych. Usunięcie wysięku nie pomaga wiele, bo zbiera się nowy. Co do przyczyny powstawania tego powikłania, to jedni obwiniają otwieranie powierzchownych ognisk do opłucnej wskutek oderwania zrostów lub zranień płuca, inni przyczyny mechaniczne, jak podrażnienie azotem itp. Wogóle jednak ta sprawa zapalna ma charakter łagodny, większych zmian trwałych po sobie nie zostawia i nie przeszkadza leczeniu właściwemu. K.

Melchior i Wolff. **W sprawie rozpoznawania cierpień stawów za pomocą mierzenia miejscowej ciepłoty skóry.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 19). Autorzy mierzyli ciepłotę skóry z pomocą specyalnych termometrów, badając równocześnie i naprzemian symetryczne części ciała i doszli do następujących wyników: Nad stawami zmienionymi gruźliczo ciepłota skóry bywa podniesiona 0·1, a nieraz do 4° C. podobnie przy ostrym gośćcu i kile. Przy cierpieniach przewlekłych gośćcowych bywa czasem ciepłota obniżoną. Po urazach stawu ciepłota bywa nieraz podniesiona od 1—2%. Rozpoznawczo można to wyzyskać w ten sposób, że przy cierpieniach przewlekłych brak miejscowego podwyższenia ciepłoty stawu przemawia przeciwko gruźlicy i kile (za wyjątkiem coxitis i caries sicca art. humeri). Dalej w razie pozornego wyleczenia gruźlicy stawu, podniesiona ciepłota przemawia za tem, że sprawa jeszcze nie jest ukończona. Naturalnie opierać się na tem tylko badaniu nie można, uzupełnia ono jednak inne sposoby, a zwłaszcza przydać się może jako przedmiotowy sposób badania uszkodzonych. K.

Otyatrya i laryngologia.

Gradenigo **O porażeniu n. odwodzącego pochodzenia usznego.** (Giornale della R. Academia di Medicina di Torino 1911 Nr. 4—5).

Trójka objawów (triade sintomatica), przez Gr. zestawiona, składa się: z ropnego, przeważnie ostrego zapalenia ucha środkowego, z silnych uporczywych bolów w okolicy skroniowej i w głębi oczodoła i z odosobnionego porażenia n. odwodzącego chorej strony. Doświadczenia kliniczne i badania anatomo-patologiczne stwierdziły, że ta postać chorobowa polega na rozszerzeniu się sprawy zakaźnej z jamy bębenkowej na komórki kostne szczytu kości skalistej, zwłaszcza na komórki okołotrąbkowe. Czasem choroba ogranicza się do zapalenia kości szczytu ostrosłupa z uszkodzeniem n. odwodzącego, na tem miejscu oddzielnie od innych ner. ocznych przebiegającego. Innym razem uszkodzenie zajmuje także zwój Gassera i V. parę nerwów i może także rozwinąć się zapalenie opony twardej. Nareszcie w nieszczęśliwych przypadkach sprawa może się przenieść także na opony miękkie, wywołując ich zapalenie surowicze lub ropne, rozlane lub ograniczone. Rozumie się, że nie jest wyłączone równoczesne wystąpienie jeszcze innych objawów, jak zapalenie kości wyrostka sutkowego zapalenie n. wzrokowego, rwa nerwu trójdzielnego i t. p. W końcu opisuje Gr. typowy przypadek tej postaci chorobowej. Siura.

Lavrand: **Zraszanie krtani przez nos.** (Revue hebdamod. de laryngol. 1911, Nr. 34).

Autor wykonał następującą próbę: Zapuścił do nosa oliwę mentolową, do której dodał nieco błękitu metylenowego i kazał badanemu unikać ruchów połykowych i głęboko oddychać. Przytem przekonał się, że wejście do krtani zabarwiło się niebiesko, że zatem płyn dostał się do krtani. Na podstawie tego doświadczenia poleca L. ten sposób zraszania krtani dla samoleczenia się chorych, którzy nie mogą udawać się w celu leczenia do specyalisty laryngologa. Lek dostawszy się do nosa spływa, wobec zazwyczaj zamkniętego ujścia przełyku, powoli do krtani i dostaje się do miejsca chorego. Siura.

Ruttin: **O świeżych urazowych uszkodzeniach błędnika.** (Monatschr. f. Ohrenh. u. Laryngo-Rhinologie 1912 N. 24).

R. odróżnia następujące typy świeżego urazowego uszkodzenia błędnika. 1) Rozlane zniszczenie urazowe błędnika. Podstawa patologo-anatomiczna: złamanie i zniszczenie części miękkich błędnika i rozległe wybroczyny w błędniku. Objawy: głuchota, drżenie oczu kołujące (nystagmus rotatorius) III stopnia ku stronie zdrowej, zawrót głowy, zaburzenie równowagi, wymioty; czasem także krwawienie i wyciek płynu mózgordzeniowego z ucha i porażenie twarzy. Odruchów kalorycznych i obrotowych nie ma. Zejście: trwała głuchota, brak odruchu kalorycznego, czasem szum w uszach. 2) Rozlane uszkodzenie urazowe błędnika. Objawy: jak poprzednio. Odczyny kaloryczne osłabione przy obustronnem płukaniu, odczyny obrotowe zmniejszone dla przewodu półkulistego poziomego i czołowego. Zejście: głuchota, czasem szum w uchu i zawrót głowy. 3) Ograniczone uszkodzenie błędnika. Podstawa anatomo-patologiczna: małe wybroczyny do błędnika. Objawy: Przytępienie bystrości słuchu, szum w uchu, drżenie oczu kołujące ku zdrowej, ku drugiej, albo ku obu stronom. Czasem zawrót głowy, wymioty, zaburzenia równowagi. Oddziaływania kaloryczne i obrotowe nie zmniejszone. Zejście: przytępienie słuchu, czasem szum w uchu i zawrót głowy. Sześć przytoczonych przypadków objaśnia to, co wyżej powiedziano. Siura.

E. Urbantschitsch (Wiedeń). **Mięsak naczyniasty ucha środkowego, kurczenie się przez ciągłe stosowanie świeżego soku cytrynowego** (Monatschr. für Ohrenh. u. Laryngo-Rhinologie 1912, 24).

Autor operował 2 razy 76-letniego chorego z powodu mięsaka naczyniastego ucha środkowego. Za każdym razem nastąpił szybki nawrót, tak, że guz z ucha wysterczał. Nowotwór, choć łagodny, bo mimo 8-letniego trwania nie zajął sąsiednich części, był przecież groźnym z powodu częstych obfitych krwawień. Próby leczenia przez przypalanie czystym perhydrolem, szczerym azotanem srebra, wyskokiem bezwodnym przez całe lata codziennie, przez kilka godzin stosowanym i formolem zawiodły. Od 9 miesięcy używa U. świeżego soku cytrynowego, przykładając zwitek waty zamoczony w tym leku, na nowotwór. Od tego czasu nie było krwawienia ani razu, guz skurczył się i zmniejszył o połowę. Autor poleca dalsze próby tym środkiem i sam zamierza próbować go w ziarnkujących postaciach ropnego zapalenia ucha środkowego. Siura.

Rukin **O drżeniu oczu przy róży** (Zeitschr. f. Ohrh. T. 66. Z. 1). Na podstawie własnych przypadków streszcza R. swoje doświadczenia w następujący sposób: 1) Samodzielne drżenie oczu przy kierunku wzroku na bok jest częstym objawem róży, występującej po operacyi na uchu. 2) Drżenie oczu, towarzyszące róży, może być wywołane surowiczem zapaleniem błędnika, z pewnością zaś może być skutkiem powikłań śródczaszkowych. 3) Kierunek i nasilenie tego drżenia oczu bywają bardzo różne: ku prawej, ku lewej, ku obu stronom, ku górze, ku dołowi. 4) Drżenie oczu może wystąpić równocześnie z gorączką i z bólem głowy, jako zwiastun przed zaczerwienieniem skóry, lub przy zupełnie już rozwiniętej róży. 5) Drżenie oczu ustępuje zawsze przed lub równocześnie ze spadkiem gorączki. 6) Trwanie drżenia oczu jest krótkie, kilka dni w początku i podczas trwania róży. 7) Ponowne wystąpienie drżenia oczu może zapowiadać ostry wybuch dodatkowy róży. Siura.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

Posiedzenie z dnia 16. stycznia 1912 r.

Piltz przedstawił 28-letniego cholewkarza, mojż. wyznania, S. W., który 4. VIII. 1911 z zabandażowaną głową zgłosił się w towarzystwie swego przyjaciela, prawnika. Ten ostatni podał, że W. z powodu napadów bólu głowy i bezsenności jeździł do Wiednia i że prof. S. dokonał u W. jakiejś »operacyi na głowie«. Czy to była trepanacya, tego on nie wie, ale zdaje mu się, że otwarto ropień »na lewem

ciemieniu«. Zaraz po tej operacyi miały wystąpić zawroty głowy i utrata mowy.

Ponieważ już przy powierzchownem badaniu pokazało się, że W., mając zachowany słuch i rozumiejąc wszystko, co się do niego mówi, nie potrafi nazywać pokazywanych mu przedmiotów, mogło powstać podejrzenie, że chory przechodził jakieś cierpienie mózgu, w szczególności zaś lewej półkuli, tembardziej, że odruchy ścięgniste prawych kończyn były znacznie wzmożone i że na czaszce po stronie lewej w okolicy ciemieniowej stwierdzić się dało bliznę kostną łukową o średnicy mniej więcej 7 cm. Blizna ta czasami zupełnie nie bolesna, czasami najlżejsze dotknięcie tej blizny drażni chorego i wywołuje napad.

Dalsze badanie jednak i uzupełnienie wywiadów wykazały, co następuje. Przedewszystkiem wzmożenie prawych odruchów ścięgnistych było tylko pozorne. Odruchy te były tylko psychicznie wzmożone t. j. występowały nie zawsze bezpośrednio po uderzeniu młoteczkiem w ścięgno, a nieraz występowały nawet bezpośrednio przed tem uderzeniem Czucie, siła, ruchy i reszta odruchów na tułowiu i na kończynach były prawidłowo zachowane. W szczególności zaś objawów Babińskiego, Strümpla, Oppenheima i Mendla wykazać się nie udawało. Z ogólnych zaś objawów mózgowych brak było wymiotów i tarczy zastoinowej. Dokładniejsza obserwacya istniejących zaburzeń mowy wykazała: 1) że chory przy próbach mówienia bardzo żywo gestykuluje, marszczy czoło, przesadnie rozwiera usta, opuszczając dolną szczękę zbyt przesadnie ku dołowi; 2) że wydaje w monotonny sposób krzycząco-śpiewającym tonem niewyraźnie artykułowane dźwięki, podobne jednak do poszczególnych zgłosek tych wyrazów, które ma wymówić; 3) że może powtórzyć dość wyraźnie poszczególne litery alfabetu, jak również i poszczególne zgłoski, jak ma, la, ta, re i t. p. i że wymawianiu poszczególnych zgłosek towarzyszy każdorazowo silniejszy wydech.

Te wszystkie cechy spostrzeganych u W. zaburzeń mowy skłoniły badającego do rozpoznania **niemoty histerycznej.**

Szczegółowe wywiady potwierdziły to przypuszczenie. Już w 18. r. ż. chory miał napady histero epileptyczne, które według opowiadań przyjaciela przyjęto w owym czasie za napad tężca. W 19. r. ż. z powodu napadów podobnych do napadów »odruchowej padaczki« był W. po raz pierwszy operowany. Mianowicie wycięto mu na dużym palcu prawej ręki »żywe mięso« w tem przypuszczeniu, że owe napady »epileptyczne« stoją w związku z rzekomem podrażnieniem, wychodzącem z chorego palca. W 22 r. ż. ze służby wojskowej został W. uwolniony z powodu napadów histerycznych. Przez 6 następnych lat był W. zdrów. W ostatnim roku napady znów się powtarzały co kilka miesięcy i we wrześniu 1910 z powodu tych napadów był w Wiedniu operowany. W odpowiedzi na listowne zapytanie badającego, doniósł krótko chirurg z Wiednia, który chorego operował, że we wrześniu 1910 r. wykonał u W. trepanacyę w okolicy lewego płatu ciemieniowego z powodu »padaczki Jacksona«; opony i korę mózgową znalazł jednak przytem zupełnie niezmienione. Napady wszakże ustąpiły.

Podobnej rzekomej operacyi, według podań swego przyjaciela, miał się W. poddać ponownie w Wiedniu w końcu lipca 1911 r. Po tej rzekomej operacyi wystąpiły zawroty głowy i utrata mowy, z powodu której — jak na początku zaznaczono — chory zwrócił się 4 sierpnia 1911 do badającego.

Odpowiednio do rozpoznanej niemoty histerycznej zastosowano psychoterapię w postaci sugestyi na jawie, podano choremu, silnie zdenerwowanemu przetwory kozłka i brom i zalecono ostrożną hydroterapię letnią wodą. Już po kilku dniach takiego leczenia pacyent zaczął mówić daleko wyraźniej, a po 2 tygodniach wyzdrowiał i pozostał zdrów do końca grudnia 1911 roku.

W styczniu 1912 r. rzekomo wskutek wzruszenia, doznanego tem, że lekarz kasy chorych odmówił mu dalszego wydawania biletów na kąpiele letnie, wystąpił stan ogólnego zdenerwowania z ponowną utratą mowy, która skłoniła chorego do szukania porady lekarskiej w ambulatoryum chorób nerwowych. I tym razem obraz kliniczny przedstawia klasyczny przypadek niemoty histerycznej.

Ciekawem i pouczającym w tym przypadku jest przedewszystkiem to, że zaburzenia mowy, które na pozór — z powodu całego szeregu objawów jak podań o przebytej trepanacyi po stronie lewej, bólów głowy i zawrotów, wreszcie wzmożenia (co prawda psychicznego tylko!) prawostronnych odruchów ścięgnistych — mogły na razie sprawiać wrażenie niemoty ruchowej pochodzenia organicznego, okazały się przy bliższem zbadaniu — niemotą histeryczną. Ciekawym dalej jest fakt istnienia w tym przypadku psychicznego wzmożenia odruchów ścięgnistych po stronie prawej. Tego rodzaju **psychiczne wzmożenie odruchów ścięgnistych** w histeryi tak samo zresztą jak i w nerwicy urazowej powstaje naturalnie drogą autosugestyi. Jaką mianowicie drogą powstał ten objaw u W., trudno ustalić. Źródłem powstania tego objawu histerycznego u W. mogły być np. rozmowy, jakie ewentualnie lekarze, badający chorego przed trepanacyą między sobą prowadzili, wyrażając np. na głos, w obecności chorego, swoje zdziwienie z powodu braku wzmożenia prawostronnych odruchów ścięgnistych u niego, albo rozprawy, jakie wspomniany przyjaciel chorego prawnik, były student medycyny, rzekomo z neurologią obeznany, z nim prowadził. Wreszcie najciekawszem i najważniejszem w tym przypadku histeryi jest to, że napady histeryczne u W. były raz przyjęte za tężec, raz za padaczkę odruchową, z powodu której usunięto choremu »żywe mięso« z palca prawej ręki, wreszcie za padaczkę Jacksona, z powodu której dokonano nawet trepanacyi czaszki. Że tu zachodziły błędy rozpoznawcze nie ulega najmniejszej wątpliwości.

W dyskusyi zastanawia się Rydel nad tem, czy pod objawami, jakie znajdujemy, a które niewątpliwie zaliczyć należy do histerycznych, nie kryje się jakaś sprawa organiczna np. nowotwór mózgu. Wiadomo bowiem, że guzy mózgu nieraz bardzo długo nie dają pewnych objawów i kryją się pod postacią nerwicy, a jednak później odsłaniają się jako takie. — Blassberg podnosi rozpoznanie chirurga w Wiedniu, które należy wziąć pod rozwagę, z drugiej jednak strony przyznaje, że jakość objawów, jakie obecnie znajdujemy, zgoła nie uprawnia do złego rokowania. — W odpowiedzi przyznaje Piltz, że prawostronne drgawki, prawostronne wzmożenie odruchów i niemota zależą wprawdzie od lewej półkuli, przebieg jednak choroby, trwającej całe lata, brak tarczy zastoinowej, napadowych bólów głowy i innych objawów przedmiotowych, — gdyż czasowe wzmożenie odruchów po stronie prawej było bezwzględnie natury psychicznej, — wyłącza z całą pewnością przyjęcie cierpienia organicznego. Jako przeciwieństwo do tego przypadku przytacza Piltz z prywatnej praktyki przypadek rzekomego nikotynizmu z silnymi bólami i zawrotami głowy i wymiotami. Stwierdziwszy u chorego leciutkie wzmożenie odruchów ścięgnistych po stronie lewej, bardzo lekkie osłabienie ustnej gałązki lewego nerwu twarzowego i tarczę zastoinową i dowiedziawszy się o istnieniu co parę miesięcy powtarzających się napadach drgawek z utratą przytomności i o tem, że chory przechodził kiłę, — Piltz rozpoznał w przeciwieństwie do istniejącego rozpoznania nikotynizmu — kiłę mózgu i zalecił leczenie jodowo-rtęciowe. Dodatni wynik leczenia już w trzecim tygodniu potwierdził słuszność rozpoznania.

2) Landau przedstawia dwa przypadki **kiły mózgu** ze zmianami przeważnie w zakresie nerwów słuchowych.

1) Chory W. P. piekarz, lat 40, przechodził kiłę w marcu 1911 i leczony był wówczas wstrzykiwaniami rtęci, które po trzech miesiącach znowu powtórzył, W lipcu 1911 rozpoczęła się obecna choroba bólami głowy, nudnościami i wymiotami. Wszystkie te dolegliwości dokuczały choremu w nocy najbardziej (jako piekarz przeważnie po

nocach nie sypiał). Głowa bolała go przeważnie po stronie lewej. Od samego początku choroby zawroty głowy i szum w uchu lewem, na któremto uchu już w kilka dni po rozpoczęciu się choroby utracił słuch zupełnie. Przy spożywaniu płynnych pokarmów, wylewają mu się one z ust po stronie lewej. Chód ma niepewny, chodzi tylko przy pomocy laski, zatacza się, bo mu się zawraca w głowie. Innych dolegliwości nie ma.

Badanie dokonane dn. 25. X. 1911 wykazało bolesność lewej połowy czaszki przy opukiwaniu i uciskaniu. Węch po stronie lewej 0, po prawej osłabiony. Część skroniowa tarczy n. wzrokowego lewego nieco szarawa, tarcza prawego nieznacznie przekrwiona. Osłabienie czucia dotykowego i bólowego w zakresie wszystkich trzech gałązek lewego nerwu trójdzielnego i niemożność przesuwania szczęki dolnej w stronę lewą. Obustronne opuszczenie powiek górnych, większe po stronie lewej. Osłabienie ruchów mimicznych w zakresie lewego nerwu twarzowego. Zniesienie przewodnictwa powietrznego i kostnego na uchu lewem. Objaw Baranyego z ucha lewego bez żadnego skutku, z ucha prawego woda o ciepłocie 16° C. wywołuje drżenie oczu lewostronne, o ciepł. 45° C. drżenie oczu prawostronne, co przemawia za centralnem zajęciem nerwu słuchowego lewego. Źrenice okrągłe, równe, oddziałują sprawnie i wydatnie. Chód niepewny, chwiejny, chory chodzi na szeroko rozstawionych nogach i zatacza się prawie wyłącznie w stronę lewą. Gdy chory stojąc na zestawionych nogach przymy[k]nie oczy, poczyna się chwiać i padać wyraźnie w stronę lew[ą]. Odczyn Wassermanna metodą Dungerna słabo-dodatni.

Obecnie po przeszło dwumiesięcznem leczeniu jodem, czuje się chory znacznie zdrowszy, słyszy już nieco na ucho lewe. Bóle głowy, nudności i wymioty ustąpiły zupełnie, zawroty głowy znacznie mniejsze, chory chodzi bez laski, ślina ani woda nie wylewają się ustami. Rozpoznanie brzmi: meningitis basilaris luetica disseminata z przeważnem zajęciem nerwu słuchowego lewego.

2) K. E. wyrobnik, lat 40, przechodził także kiłę w marcu 1911 roku. W 3 miesiące po zakażeniu wysypka. Leczony na O. V. a. szpitala św. Łazarza (prym. Dr Borzęcki) wstrzykiwaniami salicylanu rtęci i jodem. 11 września 1911 zgłosił się powtórnie na O. V. a. z nawrotem kiły plamisto guzkowej. Leczony wstrzyknięciem salwarsanu w ilości 0,40. W dwa miesiące potem choremu zaczęło »zatykać w uchu prawem«, dostał zawrotów głowy, a w kilka dni stracił zupełnie słuch na uchu prawem. Z powodu bardzo silnych zawrotów głowy, które pojawiają się przedewszystkiem wtedy, gdy chory chodzi lub się obraca na łóżku, jest jakby pijany, zatacza się to w tę, to w tamtą stronę, po jednej desce przejść nie może. Skóra na głowie bardzo bolesna. W oczach mu się ćmi. Innych dolegliwości nie ma. Chory wspomina, że już i dawniej t. j. przed rozpoczęciem się obecnej choroby miewał czasem krótkotrwałe, przemijające zatykania, to w uchu lewem to w prawem. Z powodu obecnych dolegliwości skierował chorego O. V. a. do ambulatoryum kliniki chorób nerwowych, gdzie badanie wykazało zupełne zniesienie przewodnictwa kostnego i powietrznego na uchu prawem. Objaw Baranyiego z ucha prawego z wynikiem ujemnym. Przy przepłukiwaniu natomiast ucha lewego wodą o ciepł. 45° C. — drżenie lewostronne, co przemawia za centralnem zajęciem narządu słuchowego prawego. Chód chorego niepewny, typowo móżdżkowy z chwianiem się to w lewą, to w prawą stronę. Gdy jednak chory stojąc na zestawionych nogach przymknie oczy, pada natychmiast ku tyłowi i w stronę prawą. Rozpoznanie: kiła mózgu, a mianowicie kiłowe porażenie nerwu słuchowego prawego, za czem przemawia także i sam przebieg. Chory czuje się bowiem od kilku dni po zażywaniu jodu znacznie zdrowszy, niema już owych przykrych uczuć w uchu prawem, zawroty głowy znacznie mniejsze, a i chód również się poprawia.

Ponieważ owo kiłowe zajęcie nerwu słuchowego pojawiło się w dwa miesiące po wstrzyknięciu salwarsanu, przeto nie można go uważać za objaw trującego działania salwarsanu, lecz za nowy objaw kiły, nie pozostający w żadnym związku z działaniem salwarsanu lub za neurorecydywę w znaczeniu Wechselmanna.

W dyskusyi podnosi kol. Blassberg, że ponieważ choremu i dawniej już, t. j. przed zarażeniem się kiłą »w uchu zatykało«, więc sprawa obecna być może że nie pozostaje w żadnym przyczynowym związku z kiłą. Należałoby dla kontroli zbadać odczyn Wassermanna. — Kol. Landau podnosi, że rozpoznanie opiera na tem, iż w danym przypadku jedynym czynnikiem etyologicznym jest kiła. Objaw Wassermanna rozstrzygać tu nie może. Chory bowiem niewątpliwie przebył kiłę, stwierdzoną na O. V. Gdyby więc nawet odczyn wypadł ujemnie, to nie może jeszcze przemawiać przeciwko kiłowej przyrodzie cierpienia.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 2 kwietnia 1912 r.

1) Śr[z]echowski przedstawił **potworka** płci żeńskiej, w wieku 2 miesięcy, któremu w okolicy 3 ostatnich kręgów lędźwiowych wyrosła **piąta kończyna**; zakończenie tej kończyny przypomina kształt stopy, gdy rentgenogram wykazuje, iż kształt kości jest raczej zbliżony do kości kończyny górnej.

2) W. Moraczewski: **O zawartości indolu w wytworach trawienia białka.** We wstępie autor zaznacza związek między indolem a kwasem moczowym, acetonem, kwasami amidowymi, które to ciała są jakby niedopalonem białkiem. Indykanurya mogłaby zatem świadczyć o niedostatecznem utlenianiu w ustroju. Autorowi chodziło o zbadanie, czy nukleina sama lub tłuszcz, dodany do strawionego białka, może wpłynąć na ilość indykanu, gdyż z poprzednich jego badań wynikło, że dodatek tłuszczów lub nukleiny powiększa indykan w moczu. Jedna serya doświadczeń dotyczy trawienia tego samego białka w różnych warunkach. Okazało się, że kazeina dostarcza zawsze tej samej ilości indolu, że jednak brak trzustki ilość tę znacznie obniża (co mogłoby być zużytkowane do rozpoznawania w wydzielaniu trzustki). Dodanie tłuszczu lub żółci do trawionego białka wpływa dodatnio na ilość indolu. Dodanie cukrów fermentacyjnych zmniejsza ilość indolu, wstrzymując gnicie przez wytwarzanie kwasów; dodanie cukrów nie fermentujących lub skrobi nie wpływa na gnicie, chyba przy dłuższem trawieniu, które dałoby powód do tworzenia cukru ze skrobi. Trawienie nukleiny nie daje indolu; dodanie nukleiny do białek nie podnosi ilości indolu. Żelatyna ani sama nie daje indolu, ani jego ilości nie wzmaga. Trawienie białek różnego rodzaju dało wyniki rozmaite. Każde białko ma swoją stałą ilość indolu, która zależy jedynie w albumozach i peptonach od rozkładu białka. Zdaje się, że przy trawieniu grupa tryptofanowa przechodzi w produkty rozpuszczalne, i dlatego więcej jej znaleźć można w peptonach i albumozach rozpuszczalnych, niż w białku rodzimem. — Doświadczenia powyższe wykazują wprawdzie, że w licznych przypadkach zmniejszenia indykanu, zmniejszenie to zależy od zmniejszenia indolu w kiszkach, dowodzą jednak, że wpływ nukleiny i tłuszczu nie polega jedynie na powiększeniu indolu, że jest może objawem zmniejszonego utleniania we krwi i w wątrobie. Doświadczenia pozwalają ocenić ilościowo przemianę indolu w ustroju. Dotąd ilościowe spalanie dotyczyło wyłącznie składników mineralnych; składniki organiczne dlatego usuwały się z pod kontroli, że ilość ich nie była znana. Teraz możemy niejako ocenić, ile indolu wytworzyłoby spożyte w ciągu doby białko, a obliczywszy ilość indykanu w moczu i indolu w kale, oznaczyć ilość indolu, spalonego przez ustrój.

W dyskusyi na zapytanie Polikiera co do ilości indolu u noworodków, prelegent wyjaśnia, że w moczu

noworodków indykanu niema, że w smółce niema również indolu; jednakże mocz dzieci wogóle odznacza się zwiększoną zawartością indykanu.

St. Klein zaznacza, że stanowczego związku między leukocytozą a indykanuryą nie zauważył. W białaczce widywał niekiedy indykanuryę, ale za objaw stały poczytywać jej nie może; natomiast w niedokrwistości złośliwej spostrzegał obfite występowanie indykanu w moczu pomimo zmniejszonej liczby leukocytów; zapytuje więc prelegenta, jak sobie to zjawisko tłómaczy.

Moraczewski odpowiada, że zmniejszenie barwika krwi może być powodem niedostatecznego utleniania wytworów gnicia, że choćby w niedokrwistości zwykłej lub białaczce zjawiska tego nie było, to przecie blednica i białaczka mają w sumie więcej krwi, niż niedokrwistość złośliwa, która zresztą wykazuje zmiany w wątrobie częściej, niż inne rodzaje niedokrwistości.

Posiedzenie kliniczne z d. 16. kwietnia 1912 r.

T. Łapiński i R. Radziwiłłowicz: **Projekt zakładu dla umysłowo chorych mieszkańców m. Warszawy.** Zakład, projektowany przez magistrat m. Warszawy, ma pomieścić 1000 chorych; pierwsza serya robót ma objąć pomieszczenie dla 560 chorych, w równej części mężczyzn i kobiet. Przypuszczalny koszt całości wyniesie 2,400.000 rb., pierwszej seryi 1,800.000 rb. Lecznica ma się składać z 2 części: zamkniętej i otwartej. Pierwsza obejmie pawilony: 4 obserwacyjne, po jednym dla półspokojnych, spokojnych i zanieczyszczających się dla części męzkiej i kobiecej. Część otwarta zawiera 4 pawilony fermy oraz pewną liczbę pomieszczeń dla t. zw. opieki rodzinnej. Przy rozwinięciu projektu na całość 1000 chorych, przybyłoby po jednym pawilonie dla półspokojnych, po 5 pawilonów fermy i zostałyby odpowiednio powiększone pomieszczenia dla opieki rodzinnej. Przy planowaniu pawilonów obserwacyjnych miano głównie na myśli zapewnienie warunków leczenia chorych i ich dozoru, przyczem jako główne środki lecznicze wysunięto: leżenie w łóżku i długotrwałe kąpiele. W pawilonach dla chorych spokojnych i półspokojnych na pierwszy plan wysunięto możność stworzenia warunków metodycznego stosowania pracy. W pawilonach dla zanieczyszczających się uwzględniono przedewszystkiem możność dostarczenia warunków jak najłatwiejszego utrzymania czystości. Fermy mają uprzystępnić chorym pracę w polu i ogrodzie. Pomieszczenia opieki rodzinnej mają przygotować chorych do życia na wolnej stopie we wsiach i osadach okolicznych. Dążenie do wytworzenia prawidłowo zorganizowanej opieki rodzinnej stanowi rys charakterystyczny projektowanej lecznicy. Obejmie ona całokształt leczenia i opieki psychiatrycznej, wszystkie środki zostaną w niej uwzględnione, ale nie będzie pominięta i opieka rodzinna, która w sposób najtańszy i najwłaściwszy rozwiązuje zagadnienie opieki nad chorymi umysłowo, zagadnienie stanowiące ciągle najtrudniejsze zagadnienia psychiatryi praktycznej.

W dyskusyi zaznacza St. Orłowski, że Królestwo pod względem opieki nad umysłowo chorymi zajmuje miejsce najpośledniejsze nawet w porównaniu do Cesarstwa; dlatego projekt wybudowania w pobliżu Warszawy kolonii zakładu jest wydarzeniem doniosłem. Mowca zastanawia się, czy projektowany zakład na 1000 chorych okaże się praktycznym wobec coraz więcej ustalającego się w ostatnich czasach przekonania, że zakłady takie powinny być mniejsze, natomiast liczba ich zwiększona. O. sądzi, że w przedstawionych szkicach pawilonów jest za mało, i, co stąd wynika, są one za duże. Według mówcy poglądy prelegentów na t. zw. opiekę rodzinną są zbyt optymistyczne, gdyż z jednej strony odsetka chorych, nadających się do tego rodzaju opieki, nie jest zbyt wielka, z drugiej zaś ważne jest stanowisko samej ludności, bądź niechętnej, bądź też dążącej do wyzysku. Będąc w zasadzie gorącym zwolennikiem »opieki rodzinnej« O. boi się, że w okolicach Warszawy nie uda się ona w tak szerokim zakresie, jak to zaznaczyli prelegenci.

Pręgowski twierdzi, że przedstawione projekty okazują niewiele pierwiastka krytycznego odnośnie do wzorów zagranicznych budownictwa, a jeszcze mniej pierwiastka samodzielnego i twórczego. Występuje przeciwko urzeczywistnianiu zasady »opieki rodzinnej« w projektowanej instytucyi na podstawie z jednej strony własnego doświadczenia z zakładami leczniczymi, zwłaszcza o ile ich właścicielami są nie lekarze, mające na widoku tylko zysk, z drugiej zaś na podstawie spostrzeżeń nad stosunkiem naszego ludu tak do chorych umysłowo, jak również do wszystkiego, z czego powstaje zysk. Na stosowanie w nowym zakładzie zasady t. zw. drzwi otwartych, Pr. zgodziłby się o tyle, o ile byłoby zapewnione niedopuszczanie do ucieczek chorych; w tym celu radzi, aby chorzy byli stale doglądani, a linie graniczne przechadzek były strzeżone. Umieszczanie chorych na piętrze lub na wysokim parterze uważa za nieodpowiednie. Pragnie, aby każdy oddział będący pod kierunkiem jednego ordynatora, przedstawiał odrębną wystarczającą sobie całość z przystosowaniami dla chorych wszelkich okresów. Wreszcie sądzi, że ordynatorzy powinni być całkowicie samodzielnymi kierownikami swych oddziałów, dyrektor zaś zakładu ma spełniać jedynie rolę kontrolującą i pośredniczącą.

W odpowiedzi Radziwiłłowicz zaznacza, że chorzy szczególnie skłonni do ucieczek wyjątkowo są kwalifikowani do pawilonu obserwacyjnego; parterowe budynki są najlepsze, ale bardzo kosztowne; sprawy organizacyi lekarskiej komisya jeszcze nie poruszała; jeśli chorzy uciekają przy drzwiach otwartych, to jest bezwzględnie źle, ale nie dowodzi bynajmniej niewłaściwości metody; co do przeceniania znaczenia opieki rodzinnej, to mówca pomimo to uważa metodę tę za słuszną; zgadza się, że wielkie szpitale nie są dobre, ale w projektowanym zakładzie uwzględniono wszystkie części składowe, jak fermy, warsztaty i t. p.

Łapiński oświadcza, że o powodzeniu lub niepowodzeniu prób z opieką rodzinną u nas mowy być nie może, gdyż nie mamy pod tym względem żadnego doświadczenia; faktem jest, że opieka rodzinna rozwija się nie tylko po wsiach, lecz i wielkich miastach; próbować należy tembardziej, że wielkich kosztów nie pociągnie za sobą.

Posiedzenie kliniczne z d. 30 kwietnia 1912 r.

1) Jakimiak przedstawił **nerkę** dużych rozmiarów, usuniętą na drodze operacyjnej; badanie wykazało, że jest to **fibroadenoma papillare.**

2) A. Sokołowski: **Czy ludność żydowska częściej, niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne i niektóre inne choroby dróg oddechowych?** Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, prelegent wybrał ze swej praktyki prywatnej 5000 przypadków, tyczących się żydów, i tyluż chrześcijan. Wybrał jedynie choroby dróg oddechowych, stanowiących przeważający materyał jego spostrzeżeń. Wyniki pracy prelegenta są następujące: Z liczby 5000 chrześcijan było mężczyzn 58%, kobiet 42%; z 5000 żydów-mężczyzn 59%, kobiet 41%. Te różnice odsetkowe są zbyt małe, aby można było na ich podstawie wysnuwać jakiekolwiek dalej idące wnioski, n. p. że mężczyźni-żydzi częściej zapadają wogóle na choroby dróg oddechowych; uderza jednak jeden fakt, że niemal w tym samym prawie stosunku u chrześcian, jak u żydów, większość zachorowań wypada na mężczyzn (może dlatego) że kobiety mniej są narażone na różne szkodliwe czynniki zewnętrzne). Przystępując do rozbioru poszczególnych grup, prelegent dłużej zatrzymał się na **gruźlicy płuc.** Przedewszystkiem zaznaczył, że jego statystyka śmiertelności z suchot w Warszawie wypadła zgodnie ze statystykami innych wielkich miast, wykazując stanowczo mniejszą odsetkę śmiertelności

z suchot u żydów w porównaniu z chrześcijanami. Zastanawiając się nad tem, prelegent doszedł do wniosku, że sama statystyka ludności jeszcze nie może być czynnikiem rozstrzygającym tę sprawę; wiadomo bowiem, że ogromny procent osobników, dotkniętych poczynającą się gruźlicą płuc, zdrowieje samodzielnie i umiera następnie z zupełnie innych chorób. Postanowił więc prelegent sprawdzić na swoim dość wielkim materyale, jak się wykaże zachorowywanie na gruźlicę u jednej kategoryi ludności w porównaniu z drugą. Zestawienie wykazało mniejszą liczbę zachorowań na suchoty u żydów niż u chrześcian. Z liczby ogólnej 10000 chorych, dotkniętych cierpieniami dróg oddechowych, gruźlicę płuc w różnych okresach stwierdzono razem u 37% wszystkich chorych; z 5000 chrześcian było gruźliczych 40,26%, a z 5000 żydów — 35,48%; z liczby 2013 suchotników chrześcijan było mężczyzn 58%, kobiet 42%; ten stosunek mniejszej odsetki kobiet suchotnic występuje jeszcze wyraźniej u żydów, albowiem z ogólnej liczby 1774 mężczyzn było 62%, a kobiet 38%. Największa liczba chorych należała do okresu pierwszego (poczynających się suchot), mianowicie: 47% chrześcijan i 46% żydów; fakt ten przemawiałby za pewnem uświadomieniem potrzeby wczesnego udawania się do lekarza; większość chorych w tym okresie stanowili przyjezdni z prowincyi: $^2/_3$ chrześcian i 520 na 800 żydów. W drugim okresie (sprawa rozwinięta z wyraźnymi naciekami bez gorączki i powikłań lub z czasową gorączką) wypada na chrześcian 30%, na żydów 32%; tutaj stosunek przyjezdnych jest mniejszy: z Warszawy chrześcian 214, żydów 186, z prowincyi chrześcian 285, żydów 384. W trzecim okresie (rozpad z gorączką i powikłaniami) wypada procent zupełnie jednakowy dla obu ras. Wreszcie z postacią włóknistą suchot liczba chorych chrześcian wyniosła 9%, żydów 8%. Co się tyczy wieku, to największa liczba chorych we wszystkich 3 okresach, tak żydów, jak chrześcian, była między 21—30 rokiem życia; w postaci zaś włóknistej między 31—40 rokiem.

Istnieje szereg mniej lub więcej udatnych przypuszczeń dla wytłómaczenia faktu mniejszego zapadania żydów na suchoty (wstrzemięźliwość w używaniu wyskoku, jedzenie koszerne, wczesne małżeństwa, staranne leczenie się i t. p.). Na bliższą uwagę zasługuje przypuszczenie, że żydzi, żyjąc stale od wieków w środowisku, najbardziej zagrożonem przez zarazek gruźliczy (miasto), a przytem łącząc się przeważnie wśród swego pokolenia, przystosowali się do zarazka bądź przez dobór naturalny, bądź też przez odporność nabytą i jej odziedziczenie.

Wybitnych różnic w przejawach, przebiegu i powikłaniach suchot u chrześcian i u żydów prelegent nie zauważył; zaznacza jedynie wpływ neurastenicznego usposobienia rasy żydowskiej na pewne objawy chorobowe, n. p. krwioplucie.

Drugą wielką grupę po suchotach w pracy prelegenta stanowią nieżyty gardła: 23,5% ogólnej liczby przypadków, w tem u żydów aż 60%; w podgrupie »pharyngitis sicca c. tusti pharyngea« z ogólnej liczby 343 chorych 69% stanowią żydzi. Dalej idą nieżyty oskrzeli; 20% ogólnej liczby, w tem 49% żydów; suchy nieżyt oskrzeli: równa liczba obu ras; dychawica oskrzelowa: 133 przyp., w tem 53% żydów; wyrośle adenoidalne: 181 przyp., 71% żydów; polipy krtani: 54 żydów na 176 chorych; przymiot nosa, gardła i krtani: 16 żydów na 48 chorych; nowotwory złośliwe nosa, gardła i krtani: 21 żydów na 38 przyp.; nowotwory łagodne i polipy nosa: 19 żydów na 35 przyp.; złośliwe nowotwory płuc i opłucnej: 11 żydów na 15 przyp.; twardziel: 4 żydów na 10 przyp. Obszerną grupę stanowią choroby opłucnej: 198 przypadków, w tem 38% żydów. — Prelegent dochodzi do wniosków następujących: 1) Według jego własnego materyału żydzi mniej zapadają na suchoty, niż chrześcianie; 2) co do pozostałych cierpień dróg oddechowych zestawienia prelegenta nie wykazują odrębności rasy semickiej; wyjątek możnaby upatrywać co do t. zw. parestezyi i kaszlu gardłowego, występującego przeważnie u żydów, co można wytłomaczyć nadmierną nerwowością rasy żydowskiej.

W dyskusyi podkreśla Starkiewicz brak statystyki ze szpitala żydowskiego, która mogłaby dostarczyć do rozwiązania tej sprawy danych przedmiotowych.

Hewelke twierdzi, że pojęcie rasy nawet w antropologii nie jest ściśle określone. Ras czystych w Europie nie ma. Rasa żydowska nie jest jednolitą wszędzie tam, gdzie żydzi mieszkają; cechy naszej ludności żydowskiej są różne od cech n. p. żydów hiszpańskich. Materyał zebrany przez prelegenta nie może być niezawodną podstawą do wniosków o całości ludności żydowskiej.

Pechkranc twierdzi, że rasa żydowska jest może czyściejsza od innych. Zwraca uwagę na częsty u żydów typ rudowłosy, znany już w Palestynie, a łatwiej zapadający na gruźlicę.

Rybicki zauważył podczas 2 epidemii cholery w Skierniewicach, że żydzi w równej mierze zapadali i umierali na cholerę, jak chrześcianie. — Lubliner sądzi, że tablice śmiertelności chorych szpitalnych nie są ścisłe, gdyż wielu ciężko chorych z obawy przed sekcyą opuszcza szpital. Chorzy krwotoczni lepiej czują się w szpitalu, mając pewność natychmiastowej pomocy. Rudy kolor włosów wskazywałby raczej na zmięszanie rasy semickiej z germańską; nie sądzi, aby rudy kolor włosów miał jakiś wpływ na powstawanie gruźlicy; na to, żeby żydzi jeszcze podczas swego pobytu w Palestynie byli rudzi, niema dowodów. — Puławski sądzi, że dla rozstrzygnięcia odporności żydów na gruźlicę, należałoby uwzględnić takie fakty, jak mniejsze zapadanie ich na przymiot, na ospę naturalną, mniejszy alkoholizm, baczne zwracanie uwagi na swe zdrowie i t. p. Byłoby pożądanem poczynić odpowiednie badania porównawcze względem innych chorób. — Hewelke dodaje, że spotykanie się typów jasnowłosych i ryżych świadczy o nieczystości rasy; o skłonności ryżych do gruźlicy już dawno wspominano (type venitien). — Pawiński podnosi wartość pracy prelegenta, opartej na własnym dużym materyale i doświadczeniu. — W odpowiedzi Sokołowski zaznacza, że ani ściśle antropologicznych zagadnień, ani szczegółów tyczących się naszego piśmiennictwa w tej sprawie nie poruszał bliżej. Opracował jedynie swój własny materyał statystyczny i na nim wyłącznie oparł swe wnioski, co razem wziąwszy stanowi tylko ułamek tej ważnej sprawy. T. Borzęcki.

---

41. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 10—13 kwietnia 1912)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

27) Anschütz (Kolonia). **Rozległe operacye przepony.** A. wycinał duże kawałki przepony 4 razy. Operuje przy ciśnieniu dodatniem. W razie większego ubytku przepony łata ją mięśniami z powłok brzusznych, ewentualnie wycina żebra celem zbliżenia brzegów rany przepony lub też umocowuje w otworze wątrobę. — W dyskusyi podaje Borchard, że użył w tym celu płuca, a Dollinger, że użył mięśnia biodrowoudowego.

28) Kocher. **Leczenie wrzodu żołądka.** Kocher zdaje sprawę z 80 takich przypadków. Zachwala próbę Gluzińskiego. 70 razy wykonał K. połączenie żołądka z jelitem; śmiertelność 1%. U 50 chorych wyleczenie zupełne,

dłuższy czas spostrzegane, u 2 śmierć z następowego raka (co stanowi bardzo małą odsetkę w stosunku do częstości raka u nieoperowanych chorych na wrzód).

Dyskusya: Eiselsberg jest obecnie zwolennikiem wycinania wrzodu. Kümmell twierdzi, że obawa następowego raka jest przesadna i że duże guzy znikają szybko po gastroenterostomii. K. wykonuje otwór bardzo szeroki. Podobnie Bier twierdzi, że wrzód niezmiernie rzadko przechodzi w raka. Kader donosi o 240 przypadkach gastroenterostomii, do której używa krótkiej pętli, łącząc ją przeciwrobaczkowo, podobnie jak Hochenegg (400 przypadków Exnera). Schlange jest tego zdania, że następowe wrzody dwunastnicy pochodzą ze złego połączenia błony surowiczej.

29) Handek (Wiedeń) omawia **wartość badania rentgenowskiego żołądka** na mocy statystyki 8.000 badań i dochodzi do przekonania, że badanie to może nieraz dać wskazanie do operacyi i rozwiązać rozpoznanie np. odróżnienie wrzodu od raka, a nawet odróżnienie różnych rodzai raka, co dla chirurga jest niezmiernie ważnem, albowiem rak rdzeniasty daje się wyciąć tylko w początkach, podobnie ograniczony skir, natomiast rozlany rak nie nadaje się wcale do operacyi doszczętnej.

W razie podejrzenia raka należy też zaraz zbadać Röntgenem żołądek, w razie potrzeby kilkakrotnie.

30) Schnitzler (Wiedeń). **Zatkane przedziurawienie żołądka.** Zdarza się nieraz, ze mimo przedziurawienia żołądka z wrzodu nie przychodzi do zakażenia otrzewnej, albowiem sąsiedni narząd, najczęściej wątroba, zatyka zaraz otwór, natomiast S. wątpi, czy przed przedziurawieniem tworzą się już zapobiegawcze zrosty, przynajmniej nie spotkał ich przy operacyach. Z takich »zatkanych« wrzodów tworzą się potem następowo wrzody modzelowate, drążące, okoliczne zrosty i t. p.

31) Haberer (Innsbruck). **Volvulus żołądka przy raku.** (Kazuistyczne).

32) Jenckel (Altona). **W sprawie leczenia zwężenia przełyku elektrolizą.** J. zachwala bardzo na mocy swego doświadczenia leczenie zwężeń cewki moczowej i przełyku (nawet najbardziej twardych blizn, gdzie sondowanie nie pomaga) z pomocą elektrolizy Neumanna metalową kulą.

33) Rosenstein (Berlin). **Leczenie marskości wątroby założeniem przetoki Ecka.** (Kazuistyczne).

Inni nie radzą tej operacyi, albowiem wyłączenie krążenia wątroby prowadzi do zaniku tejże, nieraz spostrzegano przytem ogólne zakażenia i t. p.

Euler zaleca sączkowanie podskórne, Kausch smaruje sieć i wątrobę jodyną i przyszywa potem do otrzewnej ściennej i t. p.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 19. VI. posiedzenie, na którem Prof. Dr Kader przedstawiał i omawiał przypadki operowane: chorą z porażeniem nogi prawej, u której wykonano arthrodesis stawu kolanowego i skokowego, a na nodze lewej z powodu porażenia mięśni wyprostnych — przyczepienie mięśni semitendinosus, semimembranosus oraz części bicepsa do rzepki; chorego po wycięciu 110 gr. ważącego mięsaka mózgu, chore po wycięciu pęcherzyka żółciowego, jednę w następstwie kamicy, a drugą z powodu adenocarcinoma pęcherzyka; chłopca po operacyi hypospadiasis; w końcu resekcyę części żołądka po ogromnem zwężeniu odźwiernika i nowotworowo zajętych gruczołów wzdłuż wielkiej i małej krzywizny żołądka. — Dr Epstein przedstawił chorego z pes planovalvus fixatus, u którego wykonano wyłuszczenie ossis navicularis. — Dr Wawrzeszkiewicz chorego z kontuzyą z następowem włamaniem (infractio et impressio) prawej strony kości czołowej.

— Redakcyę »Kalendarza lekarskiego« objął obecnie Dr Adolf Klęsk (Wolska 9, telef. Nr 2091), do którego też należy już obecnie się zwracać w sprawach adresów. ogłoszeń itp.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa, za ofiarowane bibliotece książki, serdeczne podziękowanie pp. Drom T. Heimannowi z Warszawy oraz Tomaszowi Mączce i Grzegorzowi Grzybowskiemu z Krakowa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 9. VI. do 15. VI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 5, ospy wietrznej 3, płonicy 3 † 1 (1 † —), duru brzusznego 4 † 1 (2 † —), róży 2, tężca 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Dnia 3. VI. odbyło się Zebranie Ogólne Towarzystwa naukowego warszawskiego, poświęcone sprawom administracyjnym. Na Zebraniu tem uchwalono budżet na półrocze II. r. b., przewidujący: 1) Utrzymanie dotychczasowych dwóch pracowni antropologicznej i neuro-biologicznej. 2) Założenie przy Wydziale III. pracowni: mineralogicznej, promieniotwórczej, zoologicznej, oraz chirurgii i patologii doświadczalnej, i przy Wydziale II. pracowni historyczno-geograficznej, oraz gabinetu paleograficznego.

Łódź. Liga przeciwgruźlicza w Łodzi ogłosiła sprawozdanie za r. 1911. Fundusz, zebrany na założenie sanatoryum, doszedł 6101·72 rb. W funduszu obrotowym wynosiły dochody 9351·95 rb. W wydatkach główną rubrykę stanowiło utrzymanie »Przychodni« (dispensaire), które kosztowało 5956·51 rb.; oprócz tego wydano 145·05 rb. na muzeum przeciwgruźlicze, a 526·29 rb. na wydatki ogólne; pozostałość na rok 1912 wynosi 2298·16 rb. W przychodni czynnych było stale 2 lekarzy, 2 sanitaryuszki i woźny; dni przyjęć w r. 1911 było 290, porad udzielono 2.397; ogólna ilość chorych, zapisanych w »Przychodni« wynosiła 413, w dłuższem spostrzeganiu pozostawało z nich 312; sanitaryuszki dokonały 1541 wizyt u chorych. Sprawozdanie podaje szczegółowy opis postępowania w przychodni, statystykę chorych, wykaz wydanych sprzętów, żywności, zapomóg i t. d.

Redakcya otrzymała. Babiński: 1) Inversion du réflexe du radius. 2) Du vertige voltaïque dans les affections de l'appareil vestibulaire. 3) Modifications des réflexes cutanés sous l'influence de la bande d'Esmarch. »C. R. Soc. de Neurologie« 1911. 4) Paraplégie spasmodique organique avec contracture en flexion etc. »Revue neurol.« 1911. — Babiński i Jarkowski: 1) Réapparition provoquée et transitoire de la motilité volitionelle dans la paraplégie. 2) Sur la localisation des lésions comprimant la moelle et c. 3) Sur l'excitabilité idio-musculaire et sur les réflexes tendineux dans la myopathie progressive primitive. »C. R. Soc. de Neurol.«, 1911. — Babiński, Lecène i Bourlot: Tumeur méningée, paraplégie crurale par compression de la moelle, extraction de la tumeur, guérison. »Revue neurol.« 1912. — Babiński i Dagnan-Bouveret: Émotion et hystérie. »Journal de psychol.« 1912. — Kronika 25-letnia kolonii leczniczej pod wezwaniem św. Józefa w Rabce. Kraków 1912. — Na-

vrat: Vyvoj choromyślnictvi na Morave, a novy zemsky licebny ustav v Kromerizi. Praga 1908. — Spira: 1) O konieczności dozoru lekarskiego nad narządem słuchowym u dzieci. »Tyg. lek.« 1912. — 2) Aus den Sitzungen polnischer mediz. Vereine. »Archiv f. Ohrenhk.« 1912. — Nowicki: 1) Torbielowaty uchyłek pęcherza. »Now. lek.« 1912. 2) Anatomiczny stan nerek przy adrenalinowem zaburzeniu przemiany węglowodanów. 3) Badania anatomo-patologiczne nad wpływem śródżylnie wprowadzanych wyciągów z przysadki mózgowej. »Tyg. lek.« 1912. 4) Zur Kenntniss der Nebennierencysten. »Virchows Archiv« 1912. — Lévy: O kształceniu woli w zastosowaniu leczniczem. Z VII wydania francuskiego przełożył Dr T. Jaroszyński. Warszawa 1912 str. 134.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 26. czerwca 1912 o g. 6 wieczór** w **domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: wykład Prof. Popielskiego: »Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne«.

Rok LI. Kraków, dnia 29. czerwca 1912. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner).

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

(Ciąg dalszy).

Ogólną ilość azotu określaliśmy sposobem Kjeldahla. Mocznik w początkowych, tutaj niepodanych doświadczeniach, próbowaliśmy określać sposobem A. P. Borodina, jednakowoż przy porównaniu danych z dwu rozbiorów sposób ten dał niezupełnie pewne wyniki. Wobec tego w dalszych badaniach używaliśmy wyłącznie sposobu Siöqvist Mörnera i określaliśmy mocznik sposobem następującym: 5 cm³ moczu z 2 cm³ kwasu solnego (cięż. gat. 1124) odparowywaliśmy w kolbie na łaźni wodnej. Do suchej reszty dodawaliśmy 20 gr. krystalicznego chlorku magnezyi i 2 cm³ kwasu solnego. Mieszanina ta gotowała się z chłodnicą w ciągu 2 godzin na słabym ogniu. Następnie zawartość przeprowadzaliśmy w sposób używany przy określeniach ilościowych, do większej kolby dla destylacyi, dodawaliśmy 2 cm³ 40% KOH i destylowaliśmy amoniak. Z otrzymanej ilości amoniaku odejmowaliśmy ilość amoniaku moczu, który osobno określaliśmy, i z otrzymanej różnicy określaliśmy ilość mocznika. Jak dowiodły podwójne rozbiory, sposób ten okazał się dostatecznie ścisłym, jeżeli tylko mocz nie zawierał białka lub cukru. Amoniak moczu otrzymywaliśmy sposobem Folina.

Kreatyninę określaliśmy według Jonsona następującym sposobem:

Do 100 cm³ moczu dodawaliśmy 5 cm³ nasyconego rozczynu kwaśnego octanu sodowego i 20 cm³ nasyconego rozczynu sublimatu. Otrzymywaliśmy osad, składający się z moczanów, fosforanów i siarkanów. Po ustaniu się osadu sączyliśmy to wszystko przez suchy sączek, następnie 100 cm³ (=80 cm³ moczu) zupełnie przeźroczystego przesączu pozostawialiśmy w termostacie (30° C) do następnego dnia. Powstawał wtedy strąt, przedstawiający rtęciowe połączenie kreatyniny; strąt ten zbieraliśmy na sączku, przemywaliśmy nasyconym rozczynem kwaśnego octanu sodu i razem z sączkiem spalaliśmy według Kjeldahla. Z ilości otrzymanego azotu określaliśmy ilość kreatyniny. Kwas moczowy określaliśmy według Hopkinsa następującym sposobem: Do 200 cm³ moczu dodawaliśmy 60 gr. chlorku amonu i mieszaninę tę ogrzewaliśmy na łaźni wodnej do 30°—35° C. Strącał się wtedy kwaśny moczan amonowy; w wyjątkowych przypadkach trzeba było dodawać uprzednio 1—2 kropli amoniaku, ażeby wywołać te strąty. Potem mocz pozostawialiśmy do dnia następnego i wtedy osad zbieraliśmy na małym sączku, przemywaliśmy 10% rozczynem kwaśnego siarkanu amonowego. Przemyty osad rozpuszczaliśmy na sączku w gorącym 1% rozczynie KOH i ilościowo przeprowadzaliśmy do kolby dla spalań. Alkaliczny rozczyn kwaśnego moczanu potasowego przed spaleniem odparowywaliśmy na łaźni wodnej aż do zupełnego usunięcia swobodnego amoniaku. Po spaleniu azot określaliśmy według Kjeldahla. Mnożąc ilość azotu przez 3, otrzymywaliśmy ilość kwasu moczowego. Ze względu na to, że wyniki badań mogły zależeć od ścisłości przeprowadzanych rozbiorów, przeprowadzaliśmy w większości przypadków rozbiory podwójne. Różnica przy określaniu azotu i kreatyniny wynosiła centygramy, przy określaniu zaś kwasu moczowego miligramy na dobową ilość moczu.

Badania przeprowadziliśmy w 7 przypadkach. Tutaj dokładniej podamy 5 doświadczeń przeprowadzonych z pożądaną ścisłością; z wyników zaś dwóch pozostałych doświadczeń korzystamy tylko częściowo, ponieważ z przyczyn od nas niezależnych niektóre okresy karmienia nie zostały tutaj doprowadzone do końca.

Doświadczenie I.

Badanie przeprowadzano na chorym G. l. 37, przyjętym do kliniki z objawami neurastenii średniego stopnia. 4 lata temu podczas pobytu na Kaukazie chory przechodził zimnicę; jako następstwo tego pozostała cokolwiek powiększona wątroba i śledziona. Ciepłota przez cały czas pobytu w klinice wahała się między 36°—37° C. Waga początkowa 74,4, przy wyjściu z kliniki 76,3 kg; w moczu białka ani cukru nie było. 5/X 1909 r. rozpoczęto dyetę bezpurynową. Do 11/X codziennie dostawał: 800—900 cm³ mleka, 400—500 gr. bułki, 25—30 gr łapszy, 50 gr. masła, 200 gr. twarogu, 50 gr. cukru, 900 cm³ słabej herbaty i 2 jabłka. Od 11/X—13/10 oprócz tych pokarmów dostawał na dobę po 200 gr. jaj. Od 14/X do końca do-

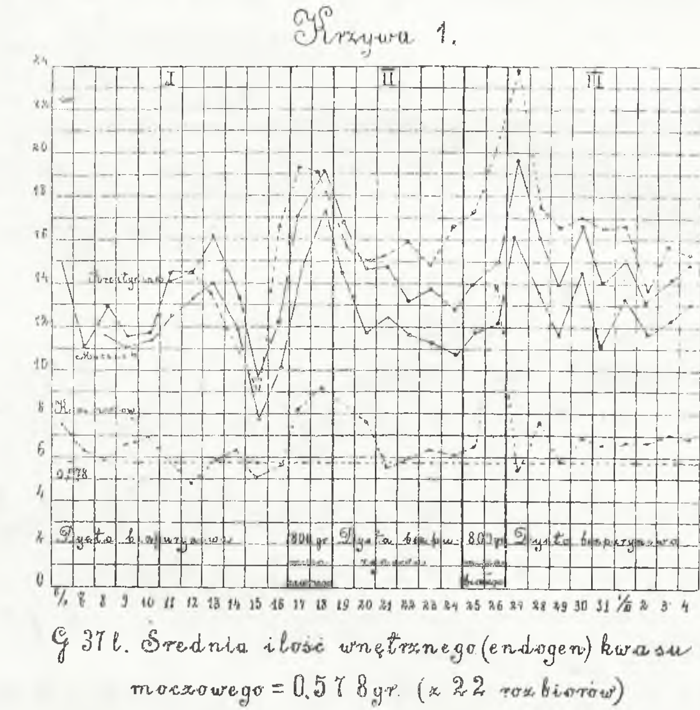
świadczenia był na tej samej dyecie, jak w początku doświadczenia. Przy takiej dyecie chory dostawał na dobę 95—105 gr. węglowodanów, co na ogół równało się 2500 do 2800 kaloryi, t. j. około 33—36 kaloryi na 1 kg wagi ciała. Chory przez cały czas doświadczenia czuł się dobrze, miał dobry apetyt, z wyjątkiem 15/X kiedy stosunkowo mało jadł. W dni mięsne pozostawał na tej samej dyecie bezpurynowej, a oprócz tego dostawał 400 gr. mięsa na dobę. Doświadczenie trwało od 6/X—4/XI t. j. 30 dni. Wyniki badania moczu przez cały czas doświadczenia zebrane są w tablicy I. i graficznie przedstawione na krzywej I.

Tablica I.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu	Ilość mocznika w gr. N_2	Stosunek % N_2 mocznika do ogólnego N_2	Ilość amoniaku	Ilość kwasu moczowego	Ilość kreatyniny
6/X	Bezpurynowa	2380	1010		14·99	11·96	80	—	0·743	1·134
7	»	1080	1024		11·03 / 11·17	—	—	0·60	0·634	—
8	»	1470	1020		13·22	11·40	86	0·81	0·582	—
9	»	920	1028		11·64	9·99	86	0·49	0·659	—
10	»	1110	1025		11·84	10·43	88	0·32	0·696	—
11	Bezpur. + 200 gr. jaj	1325	1024		14·55	12·29	84	0·43	0·597	1·419 / 1·403
12	»	1250	1022		14·69	13·30	90	0·82	0·477	1·459
13	»	1330	1024		16·33	13·89	85	0·79	0·593	1·367
14	Bezpurynowa	1930	1012		13·31	11·84	88	0·56	0·632	—
15	»	1120	1020		9·41	7·43	80	0·45	0·502	0·921
16	»	920	1029		12·14	10·15	84	0·38	0·574	1·662
17	400 gr. mięsa czarnego	1210	1022	Kwaśne	17·15	14·83	87	0·50	0·829	1·920
18	»	1180	1028		19·20	17·41	90	0·81	0·927	1·912
19	Bezpurynowa	1305	1022		16·81	14·56	86	0·82	0·822	1·566
20	»	1345	1021		14·66	11·82	80	1·55	0·771	1·492
21	»	1240	1023		14·83	12·42	84	0·89	0·575	1·527
22	»	830	1025		13·27	11·73	81	0·81	0·600	1·591
23	»	1260	1022		13·80	11·33	82	1·77	0·633	1·481
24	»	1370	1021		12·83	10·72	83	0·92	0·622	1·658
25	400 gr. mięsa białego	1730	1016		14·04	11·71	83	0·84	0·667	1·737
26	»	1460	1020		15·12	12·11	80	1·34	1·394 / 1·411	2·094
27	Bezpurynowa	1580	1021		19·86	16·11	82	3·19	0·535	2·477
28	»	1680	1020		15·95 / 15·99	13·61	86	3·13	0·772 / 0·784	1·767
29	»	1060	1024		13·84	11·55	82	0·71	0·595	1·652
30	»	1450	1021		16·81	14·55	86	1·68	0·707	1·705
31/X	»	1870	1015		14·08	11·07	82	2·80	0·668	1·663
1/XI	»	1940	1016		15·14	13·57	89	2·49	0·677	1·678
2	»	1800	1015		13·20	11·75	88	1·27	0·679	1·377
3	»	1470	1021		14·23	12·36	87	2·43	0·725	1·574
4	»	1120	1025		14·84	13·09	90	1·26	0·715	1·531

W tem doświadczeniu pierwszy bezpurynowy okres, t. j. od początku doświadczenia do pierwszej podanej porcyi mięsa, trwał dni 11. W tym okresie ilość ogólna azotu i mocznika cokolwiek spadła z wyjątkiem okresu od 11/X do 13/X, kiedy chory oprócz zwykłego pokarmu dostawał jeszcze po 200 gr. jaj na dobę. Wybitne obniżenie azotu i mocznika 15/X tłómaczy się tem, że chory w tym dniu stosunkowo mało jadł. Kwas moczowy w tym okresie ustalił się na pewnej wysokości, która odpowiadała ilości wnętrznego (endogen) kwasu moczowego. Omówione już wahania w wydzielaniu azotu i mocznika nie miały wpływu na wydzielanie kwasu moczowego. Ilość kreatyniny początkowo spadła, a następnie bez widocznej przyczyny poszła w górę. Potem chory otrzymywał w ciągu 2 dni po 400 gr. mięsa czarnego na dobę. Wtedy ilość azotu i mocznika znacznie się zwiększyła; maximum wydzielania wypada na drugi dzień mięsny. Ilość kreatyniny stosunkowo nieznacznie się zwiększyła, ilość kwasu moczowego zwiększyła się dosyć znacznie i wynosiła 0,927 grama. Następny II okres bezpurynowy trwał 6 dni. W ciągu tego okresu wszystko powoli wracało do stanu prawidłowego. Ilość kwasu moczowego powraca do poprzedniego poziomu w 3. dniu. W ciągu następnych dwóch dni mięsnych, kiedy chory otrzymywał po 400 gr. mięsa białego na dobę, wydzielanie wszystkich wspomnianych ciał znowu wybitnie się zwiększyło.

Maximum wydzielania azotu, mocznika i kreatyniny wypada na 1 dzień następnego okresu bezpurynowego.



Maximum wydzielania kwasu moczowego podobnie jak przy mięsie czarnem wypada w 2 dni mięsnym i wynosi 1,402 gr. t. j. znacznie więcej, niż przy mięsie czarnem. W następnym okresie bezpurynowym, który ciągnął się dni 9, wszystko znowu powróciło do stanu prawidłowego. Ilość kwasu moczowego powraca do dawnego poziomu już w pierwszym dniu. Jeżeli porównać w tem doświadczeniu wahania ilościowe w składzie moczu pod wpływem mięsa czarnego i białego, to widzimy, że wybitna różnica daje się zauważyć głównie w wydzielaniu kwasu moczowego. Gdy przy mięsie czarnem maximum wydzielania dochodzi zaledwie do 0,927 gr, to przy białem mięsie dochodzi do 1,402 gr. Dalej przy mięsie czarnem cały nadmiar kwasu moczowego, wywołany przyjmowaniem tego mięsa, wydzielił się w ciągu 4 dni (2 mięsnych i 2 bezpurynowych), przy mięsie zaś białem w ciągu 2 dni (mięsnych). Znaczy to, że wydzielanie kwasu moczowego po mięsie białem w tem doświadczeniu idzie znacznie prędzej, niż po mięsie czarnem. Ilości kwasu moczowego, wydzielone w tem doświadczeniu w dni bezpurynowe, a więc bez spożywania mięsa, wynoszą (według 22 rozbiorów) średnio 0,578 gr kwasu moczowego na dobę. Ilość ta w danym przypadku jest wskaźnikiem ilości wnętrznego (endogen) kwasu moczowego. Znając tę ilość, można obliczyć, wiele w danym przypadku wydzieliło się kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz (exogen) po spożyciu mięsa białego i czarnego. Okazuje się, że pod wpływem mięsa czarnego wydzieliło się 1,037 gr kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz. Widzimy więc, że pomimo, iż wydzielanie kwasu moczowego przy mięsie czarnem trwało znacznie dłużej niż przy białem, w ilościach wydzielonego kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, znajdujemy stosunkowo niewielką różnicę.

W doświadczeniu tem nie stwierdziliśmy jakiejkolwiek różnicy w wydzielaniu ogólnej ilości azotu i azotu

mocznika w zależności od gatunku mięsa. Wydzielanie azotu mocznika przez cały czas szło zupełnie równolegle do wydzielania ogólnej ilości azotu; azot mocznika wynosił 80—90% ogólnej ilości azotu. W wydzielaniu kreatyniny zauważyliśmy różnicę pod tym względem, że ilość kreatyniny przy mięsie białem znaczniej wzrosła, niż przy mięsie czarnem. W doświadczeniu tem ilość kwasu moczowego wnętrznego (endogen) była stosunkowo wysoka, — 0,578 gr. Ta okoliczność, a także stosunkowo szybkie wydzielanie kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz wskazują, że w danym przypadku przemiana purynowa szła zupełnie prawidłowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

I Alzheimer [1]), który nie stoi na stanowisku zupełnej negacyi wobec wzniecania poronienia u kobiet z psychozami na tle ciąży, jest jednak ze wszystkich nowszych autorów najostrożniejszy w określeniu wskazań do przerwania ciąży i sądzi, że ażeby przerwanie ciąży uważać za konieczne, należy się wprzód upewnić, czy choroba umysłowa w danym przypadku pozostaje rzeczywiście w jakimkolwiek przyczynowym związku z ciążą. Otóż on, opierając się na badaniach Webera, Jonesa, Aschaffenburga i Siemerlinga, którzy przy pomocy zestawionych przez siebie porównawczych tablic wykazali, jak mały jest stosunek odsetkowy psychoz na tle ciąży do chorób umysłowych wogóle, a psychoz porodowych w szczególności, sądzi, że tylko w bardzo nielicznych przypadkach można wykazać związek przyczynowy między chorobą umysłową a ciążą, natomiast w większości przypadków zupełnie inne czynniki muszą odgrywać rolę w powstawaniu tych psychoz. Na podstawie 65 po części swoich, po części zaś tu się odnoszących przypadków Vockego i Guddena dochodzi on do przekonania, że przedewszystkiem żaden ze stanów owej dużej grupy maniakalno-depresyjnych psychoz Kräpelina nawet wtedy, gdyby szedł w parze z wybitnym lękiem i urojeniami tak hypochondrycznemi, jak i urojeniami grzeszności i winy nie może stanowić wskazania do przerwania ciąży. Statystyka bowiem jego wykazuje, że choroby te pojawiają się przedewszystkiem u kobiet z wyraźnem podłożem degeneracyjnem, że kobiety zapadają na podobne stany i przed zajściem w ciążę, że pojawianie się ich podczas ciąży jest bardzo często przypadkowem tylko zejściem się dwóch równolegle i niezależnie od siebie przebiegających spraw, że wreszcie poród ani poronienie nie przerywały owego stanu, ani też żadnej nie przynosiły ulgi w przebiegu tych chorób.

Za leczeniem łagodzącem (paliatywnem) zadumy i stanów depresyjnych w przebiegu ciąży bez wzniecania poronienia oświadczyli się również na Zjeździe niemieckich psychiatrów i neurologów w r. 1901 Binswagner [1]), Ziehen [2]) i Dinkler [3]).

Pewien zwrot w tych zapatrywaniach, które i obecnie są jeszcze bardzo rozpowszechnione (Kräpelin, Alzheimer i inni) wywołało dopiero wystąpienie Jollyego [4]) na tymże samym Zjeździe niemieckich psychiatrów i neurologów w r. 1901; Jolly wskazał na pewne postacie chorobowe, jakie według niego dają wskazanie do przerwania ciąży. I tak wychodząc z założenia, że niepokój i lęk najczęściej przed mającem nastąpić rozwiązaniem znacznie pogarszają rokowanie pewnych melancholii i lekkich stanów katatonicznych w przebiegu ciąży, dla których to stanów mają już one znaczenie czynników wprost patogenetycznych, uważa Jolly takie typowe zresztą choroby umysłowe, powikłane powyższymi objawami, za wskazanie do przerwania ciąży. Takie bowiem ukończenie ciąży zapobiega przejściu owej lekkiej i uleczalnej jeszcze psychozy w ciężkie lub nieuleczalne nawet postacie chorobowe, w obłęd ostry (delirium acutum) albo w otępienie umysłu. Prawie zawsze pojawiają się te stany według Jollyego u osób psychopatycznych, które już rodziły, i to w pierwszych miesiącach ciąży, a znamionują je obok wybitnego niepokoju i lęku silnie osłabione samopoczucie, oskarżanie siebie samego i wybitny popęd do samobójstwa. I z tych to właśnie powodów, jak i dlatego, że leczenie zakładowe ani nie może wpłynąć dodatnio na przebieg choroby, ani też często nie może nawet i zapobiedz ewentualnemu samobójstwu, uważa on stany te za wskazania do przerwania ciąży. We wszystkich podobnych przez niego spostrzeganych przypadkach nastąpiło po przerwaniu ciąży zupełne wyzdrowienie ciężarnej.

Kräpelin odnosi się jednak sceptycznie do tego wskazania, postawionego przez Jollyego, wskazując na to, że melancholie, pojawiające się w przebiegu ciąży, należą bardzo często do grupy psychoz okrężnych lub stanów katatoniczno-depresyjnych i jako takie mają one pewien typowy, okresowy przebieg. Z natury więc rzeczy już wypływa, że stany te znowu mijają, czy jednak z powodu przerwania ciąży, czy też ustępowanie ich wynika z istoty tych chorób, to pozostaje według Kräpelina na razie jeszcze sprawą sporną.

Na tę różnicę zapatrywań między Jollym a Kräpelinem kładziemy tu szczególny nacisk, a to dlatego, że przy rozpatrywaniu literatury, zajmującej się tym przedmiotem, spotykamy się stale z tem samem, że gdy jedni autorzy upatrują w przerwaniu ciąży jedyny ratunek dla usunięcia stanów depresyjnych i zapobieżenia ich ewentualnemu przejściu w chorobę nieuleczalną, to inni przeciwnie nie widzieli żadnego dodatniego wpływu przerwania ciąży na taką psychozę.

Przyczyny owych różnych wyników, a stąd i różnych zapatrywań, należy zdaniem naszem doszukiwać się w niedostatecznem jeszcze ujęciu i określeniu tej jednostki chorobowej, którą uważać należy za depresyę, pozostającą

[1]) Ueber die Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken. Münch. med. Woch. 1907.

[1]) Diskussion zum Vortrag Jolly. Neurol. Centralb. 1901.
[2]) Ibidem.
[3]) Ibidem.
[4]) Die Indikation des künstlichen Abortus bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen. Münch. med. Woch. 1906. Nr 45.

w rzeczywistym patogenetycznym związku z ciążą. Już to, a nadto w wielu przypadkach i niedość ściśle spostrzeganie, są przyczyną, że rozpoznaje się melancholię, jak ją opisuje Jolly, albo melancholię neurasteniczną Friedmana, depresyę Antona itd. tam, gdzie chodzi o typową melancholię lub depresyę, jako okres psychozy okrężnej, lub maniakalno-depresyjnej Kräpelina, i na odwrót, że rozpoznaje się te dwie ostatnie jednostki chorobowe tam, gdzie mamy jeden z powyżej wymienionych stanów, stojących w ścisłym genetycznym związku z ciążą. Nic więc dziwnego, że i skutek przerwania ciąży musi być różny, zależnie właśnie od rodzaju choroby, w przebiegu której dokonano tego zabiegu. Przypominamy, na jak wielkie trudności napotyka nieraz lekarz praktyczny przy określaniu, czy w danym przypadku ma przed sobą tak często towarzyszące ciąży przygnębienie w granicach jeszcze fizyologicznych, czy też depresyę zbliżającą się już do psychozy. O ile trudniej więc będzie odróżnić przy pobieżnem badaniu owe ciężkie postacie depresyi, pozostające w istotnym związku z ciążą od rzeczywistej melancholii i postaci maniakalno-depresyjnych. A pomyłki te są tu o tyle łatwiejsze, że stany te, bardzo do siebie podobne, jako takie rozróżniane być mogą tylko przez nadzwyczaj ścisłą obserwacyę, tj. dokładny rozbiór poszczególnych objawów przy równoczesnem ujęciu całokształtu obrazu chorobowego z uwzględnieniem wywiadów.

Pick [1]), opierając się na Jollym, którego uważa za najbardziej miarodajnego przedstawiciela nowszych zapatrywań na to zagadnienie, które jest tematem naszym, jak i na swoich własnych doświadczeniach, zbija przedewszystkiem dawne, mylne zapatrywania i dochodzi do wniosku, że mimo, iż literatura prawie jednozgodnie przeczy potrzebie wzniecenia poronienia w chorobach umysłowych, jako środka mającego dodatnio wpływać na dalszy przebieg choroby, mimo to jednak praktyka poucza nas często o zupełnie czem innem. To też tu, jak i wszędzie indziej w medycynie praktycznej, nie należy się trzymać żadnych dogmatów.

Pick zarzuca przedewszystkiem wywodom dawnych badaczy to, że z braku jakiegokolwiek wpływu porodu na czasie na przebieg choroby umysłowej wysnuwają oni wnioski przeciw wzniecaniu poromienia lub przedwczesnego porodu. Zapatrywanie takie jest zupełnie mylne, a to dlatego, że inaczej przedstawiają się warunki leczenia choroby umysłowej, gdy jest ona dopiero w rozwoju i gdy przyczyna wywołująca tę chorobę zostanie usunięta, zanim jeszcze dojdzie do bliżej nam zresztą nieznanych, ale ostatecznych zmian w korze mózgowej, a inaczej, gdy przy długiem trwaniu ciąży zmiany te w mózgu już ostatecznie się ustalą. Pick przyjmuje więc w zasadzie wskazania, postawione przez Jollego. Nie chciałby on jednak tak bardzo uogólniać melancholii jako wskazania do przerywania ciąży, a uważa natomiast te przedewszystkiem przypadki za nadające się do tego zabiegu, które idą w parze z coraz to silniej wzrastającem podnieceniem psychicznem. Równocześnie zwraca uwagę na patogenezę tych psychoz i podkreśla ich zależność od doznanego urazu psychicznego. Tak np. szczególnie ważną rolę jako czynnika wywołującego odgrywa tu według niego lęk przed mającem nastąpić rozwiązaniem, zwłaszcza u tych kobiet, które w czasie poprzednich porodów zapadły już na choroby umysłowe.

Nieco dalej idzie Wagner v. Jauregg, którego zapatrywania na tę sprawę, wygłoszone na zebraniu neurologów i psychiatrów w Wiedniu w roku 1905, zbliżają się już bardziej do zapatrywań Friedmana. Ten zaś, jak zobaczymy, najściślej i najdokładniej ze wszystkich omawia owe postacie psychiatryczne, które według niego dają wskazanie do przerwania ciąży.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Zur Frage der Berechtigung künstlicher Unterbrechung von Gravidität behufs Heilung von Psychosen. Wiener. med. Woch. 1905, Nr 2.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

A. Theilhaber: **W sprawie przyczyn i leczenia raków narządu rodnego u kobiet.** (Arch. f. Gyn., t. 96, zesz III). Najważniejszą przyczynę raków kobiecego narządu rodnego stanowią blizny poporodowe; dlatego też raki szyjki macicznej — które więc uważać należy jako urazowe — są tu najczęstsze, tem częstsze, im liczniejsze porody poprzedzały. U kobiet, które nie rodziły, rak szyjki występuje bardzo rzadko. Do czynników sprzyjających należą przedewszystkiem częste zapalenia, szczególnie wiewiórowe utrzymujące się nierzadko dziesiątki lat na śluzówce całego narządu rodnego, a także nagłe zmniejszenie jego odżywienia, występujące zawsze w okresie przejściowym. Czynniki te mają działać korzystnie na powstanie raka przez niedostateczne odżywienie wielkich partyi tkankowych. Przy raku trzonu macicy stosunki są nieco inne. Tu niema blizn poporodowych, a przekrwienie ciążowe i menstruacyjne wywołują raczej rozszerzenie naczyń i poprawę w odżywieniu tkanek. Dlatego też rak szyjki macicy jest o wiele częstszy aniżeli trzonu. Usposobienie trzonu do powstania raka występuje dopiero wtedy, gdy przy przewlekłem wiewiórowem zapaleniu śluzówki nastąpi przekwitowe zwężenie naczyń. Tem należy tłómaczyć, że rak szyjki występuje wcześniej, rak trzonu zaś o wiele później. Blizny zdają się być również częstą przyczyną raka gruczołów piersiowych. Istotnie wykazano, że najmniej 20% kobiet z rakiem sutka przechodziły kiedyś zapalenie gruczołu; do czynników usposabiających należą urazy różnego rodzaju. Na podstawie takiego tłómaczenia powstania raka, uważa autor zbyt doszczętne leczenie operacyjne we wszystkich przypadkach za nieodpowiednie. Faktem jest przecież, że wielka ilość nawrotów nie powstaje wskutek pozostawienia komórek rakowych, lecz jest następstwem tej samej przyczyny, która wywołała raka pierwotnego, faktem jest, że często komórki rakowe pozostawione przy operacyi zostają wessane, i że duża blizna operacyjna jako taka może się już stać przyczyną i punktem wyjścia dla raka następowego. Fakty te tłómaczą nam, dlaczego mimo nadzwyczajnego radykalizmu operacyjnego, ilość nawrotów przy pewnych postaciach raka nie o wiele tylko zmniejszyła się w porównaniu z mniej doszczętnemi metodami dawniejszemi. W ostatnich latach mnożą się znowu przypadki zupełnego wyleczenia raka po częściowej tylko operacyi macicy; i te tłómaczyć należy, zdaniem autora, małą stosunkowo blizną operacyjną, możliwością wessania pozostałych komórek rakowych, jakoteż lepszem odżywieniem tkanek wskutek utrzymania menstruacyi. Korzystne działanie ma tu może także zastosowanie żegadła zamiast noża przy samej operacyi. Może być, że promienie ciepła mają tu działanie podobne do promieni

Röntgena lub emanacyi radu; może wreszcie komórki rakowe pozostałe w pobliżu miejsca operacyi tak zostają uszkodzone działaniem silnego gorąca, że giną i zostają wessane. Autor dochodzi więc co do operacyjnego leczenia raka macicy do następujących wniosków: Przy raku trzonu pochwowe zupełne wyjęcie macicy; wyniki stałe są tu dobre, ponieważ zajęcie tkanki przymacicznej występuje tu zwykle późno, a jeżeli wystąpi to i wyjęcie przymacicza nie może już sprowadzić wyleczenia. Drogę pochwową należy dlatego wybrać, że przy raku trzonu chodzi zwykle o kobiety starsze, u których operacya brzuszna przedstawia zabieg zbyt niebezpieczny. Przy raku wychodzącym z śluzówki szyjki wskazane jest wyjęcie całej macicy wraz z tkanką przymaciczną, szczególnie jeżeli rak wyszedł z górnej części szyjki, lub z dolnej, dochodząc jednak bardzo szybko do ujścia wewnętrznego; przypadki, w których rak wychodzi z dolnej części śluzówki szyjki, nie rozszerza się ku górze i nie przechodzi na przymacicza, są rzadkie. W tych przypadkach mogłoby samo tylko wycięcie szyjki być taksamo uzasadnione, jak operacya doszczętna. Przy raku części pochwowej bez zajęcia przymacicza zdaje się częściowe jej wycięcie mieć najlepsze szanse powodzenia. Przy raku nie nadającym się do operacyi należy się więcej posługiwać żegadłem aniżeli dotychczas. E. Ehrenpreis.

F. Vorpahl. **Przypadek czarnej choroby noworodków wywołany krwawieniem z wrodzonych rozszerzeń żył przełyku.** (Arch. f. Gyn. tom 96, zesz. II). Czarną chorobą (melaena neonatorum) nazywamy chorobę występującą w pierwszych dniach życia noworodków w postaci krwawych wymiotów i krwawych stolców. Zależnie od źródła krwawienia rozróżniamy »melaena vera«, gdzie krew pochodzi istotnie z przewodu pokarmowego i »m. spuria«, gdzie krew pochodzi z jamy nosowo-gardłowej lub ustnej, lub też jest krwią matki, którą dziecko połknęło podczas porodu. Choroba ta występuje bardzo rzadko (1:1000) i daje wielką śmiertelność (78%) naturalnie przeważnie w postaci prawdziwej (mel. vera). Przyczyna krwawień może być ogólno-ustrojowa (kiła, posocznica, krwawiączka i ospa), przyczem krwawienia do przewodu pokarmowego są tylko częściowym objawem skazy ogólnej, lub miejscowa w następstwie wrzodów na błonie śluzowej żołądka, jelit lub przełyku, lub także w następstwie zmian w sercu i naczyniach. Autor opisuje przypadek, który pod względem przyczynowym jest może unikatem. Dotyczy on zupełnie zdrowego noworodka, u którego w 3. dniu nagle wystąpiły krwawe stolce, wywołując już po kilku godzinach zejście śmiertelne. Sekcya wykazała, że krwawienie pochodziło z pękniętych znacznie rozszerzonych żył przełyku, widocznych już gołem okiem pod śluzówką w postaci grubych postronków. Ponieważ nie znaleziono żadnych zmian w wątrobie lub żyle wrotnej, któreby tłómaczyły powstanie takich rozszerzeń na drodze mechanicznej, należało przyjąć, że chodzi tu o zmiany wrodzone, polegające na niedostatecznym rozwoju ścian żylnych w tem miejscu, lub zbyt szerokiem świetle naczyń. Przyczyna pęknięcia nie dała się wykazać, może być jednak, że spowodowały je skurcze warstwy mięsnej przełyku przy akcie połykowym.

E. Ehrenpreis.

R. Franz. **O zachowaniu się trującej własności moczu w czasie ciąży, porodu i połogu.** (Arch. f. Gyn. tom 96, zesz, II). Wyniki swych doświadczalnych badań streszcza autor w następujących punktach: 1) Trująca własność moczu ludzkiego nie zależy ani od jego gęstości, ani zawartości kwasów, ani też zawartości białka swoistego. 2) Trujące mocze wstrzyknięte świnkom morskim do otrzewnej wywołują obraz chorobowy wstrząsu anafilaktycznego. 3) Mocz zdrowych ciężarnych nie jest bardziej trujący aniżeli niециężarnych. 4) Trująca jego własność zwiększa się dopiero przed samym porodem. 5) W czasie porodu jest ona znacznie wzmożona w porównaniu z moczem ciężarnych lub położnic i dochodzi do szczytu w okresie wydalenia płodu. 6) Mocze porodowe przy płodzie obumarłym nie zdają się być mniej trujące aniżeli przy żywym. 7) Wzmagająca się własność trująca moczu w czasie bolów odnosi się nietylko do porodu u kresu ciąży, ale także do poronienia będącego w toku i to tak przy ciąży macicznej jak i jajowodowej. Po wydaleniu płodu względnie części jaja, trująca własność moczu szybko się zmniejsza. Mimo to jednak jest ona bezpośrednio po porodzie jeszcze tak wzmożona, że mocz położnic jest bardziej trujący aniżeli ciężarnych, ale mniej aniżeli rodzących. 8) Trująca własność moczu połogowego zdaje się być w 5. dniu połogu nieco zwiększona. 9) Mocz rodzących i położnic dotkniętych pokrzywką okazywał wysokie własności trujące, co przemawia za teoryą tłómaczącą pokrzywkę jako objaw nadwrażliwości (anaphylaxia). 10) Mocz dotkniętych rzucawką z nieznacznem lub bez uszkodzenia nerek okazywał również wielką własność trującą, — co przemawia za tłómaczeniem napadu rzucawki jako objawu zatrucia wytworami rozpadu białka. 11) Przy ciężkiem zapaleniu nerek wydzielanie trucizny w moczu było zniesione lub zmniejszone. 12) Na podstawie powyższych i innych jeszcze wyników badań moczów (Pfeiffer), można przypuszczać, że zarówno ciężarne zdrowe jak szczególnie dotknięte rzucawką i pokrzywką, a wreszcie i ciężarne cierpiące na wymioty nieustające, przechodzą ostre zatrucie wytworami rozpadu białka, uwidaczniające się w moczu wzmaganiem się jego własności trujących. E. Ehrenpreis.

Pedyatrya.

Markuson i Agopoff. **W sprawie wartości zapobiegawczej szczepień surowicy przeciwbłoniczej.** (Arch. de méd. des enf. 1911, Nr 5). Autorowie wzięli sobie za zadanie sprawdzenie wpływu zapobiegawczego surowicy przeciwbłoniczej na chorych oddziału odrowego szpitala dziecięcego św. Włodzimierza w Moskwie. Postępowali w ten sposób, że wszystkim dzieciom przyjętym na oddział wstrzykiwali surowicę przeciwbłoniczą. Spostrzeżeń takich zebrali w ciągu 1907—1909 roku 1178. Dla porównania podają dane za lata 1904 – 1906, w których dzieci chorych na odrę nie uodparniano przeciw błonicy. Takich przypadków zebrali autorowie 1156.

Zestawiając w licznych tablicach oba szeregi przypadków, dochodzą autorowie do wniosków następujących: 1) Systematyczne stosowanie szczepień ochronnych surowicą przeciwbłoniczą na oddziałach odrowych szpitala nie zmniejszyło ilości zakażeń. Bez szczepień było zakażeń 5·01%, przy szczepieniach 5·1%. 2) W czasie, w którym należałoby się spodziewać maximum wpływu uodpornienia (1 i 2 tydzień po szczepieniu) ilość zakażeń była nawet większa u dzieci uodparnianych. 3) Śmiertelność u odrowych przy zakażeniu błonicą nie zmniejsza się pod wpływem szczepień zapobiegawczych surowicy przeciwbłoniczej. 4) Wobec tego wpływ takich szczepień należy uznać w każdym razie za bardzo niestały, a stosowanie zabiegu nie może być uważane za wskazane. Dr L. Mańkowski.

Hutinel. **Posocznica i zmiany w gruczołach w przebiegu płonicy.** (Arch. de méd. des enf. 1911, Nr 3). Dotychczas jeszcze z pewnością nie wiadomo, jakie są przyczyny tego, że siły obronne ustroju okazują się często niedostateczne w walce z zakażeniem. Autor podaje opis przypadku, z którego wysnuwa wnioski co do mechanizmu tej niedomogi. Chłopiec $4^1/_2$-letni, zupełnie zdrowy dostaje lekkiej ospy wietrznej, a w 4 dni później typowej płonicy. Przebieg płonicy już od początku był bardzo ciężki z wysoką gorączką 40·2°, tętnem 140 i nizkiem parciem w tętnicach 7·5. (Epidemia płonicy była w tym czasie bardzo lekką). Potem wystąpiły objawy posocznicy i chłopiec zmarł na 12. dzień choroby. Badanie krwi w 9. dniu choroby wykazało obecność paciorkowców. Sekcya nie wykryła zmian widocznych w narządach wewnętrznych. Dopiero badanie drobnowidowe wykryło w tarczycy i nad-

nerczach zmiany, które wskazywały na niedostateczność czynności tych gruczołów. Autor zestawia zmiany w tych gruczołach ze zmianami klinicznemi: wielką słabością i małem parciem krwi i wyraża przekonanie, że tej właśnie niedomodze tych gruczołów należy przypisać śmierć dziecka.

L. Mańkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie d. 30. I. 1912 r.

Landau przedstawia chorego B. W., lat 35, z zawodu blacharza. Rodzice chorego nadużywali wyskoku. Chory w 10 roku życia miał napad z utratą przytomności, drgawkami i toczeniem piany z ust. Od 22 roku nadużywa wyskoku. W 23 roku ż. kiła, leczona wstrzykiwaniami rtęci.

Obecna choroba rozpoczęła się w 25 roku życia. Chory, który dnia poprzedniego był zupełnie jeszcze zdrowym, obudził się rano z niedowładem całej lewej połowy ciała. Po wcieraniach i elektryzacyi nastąpiło pewne polepszenie, ale w rok potem pojawiły się w zakresie porażonej ręki i nogi jakieś powolne ruchy, które się stale utrzymywały i nie ustępowały nawet w nocy. W trzy lata potem ponowny napad z utratą przytomności bez drgawek, a w następstwie jeszcze wybitniejsze osłabienie lewej połowy ciała.

Badanie, przeprowadzone po raz pierwszy w roku 1906 w ambulatoryum kliniki chorób nerwowych, wykazało objawy połowiczego lewostronnego porażenia kurczowego z wybitną atetozą w zakresie porażonych kończyn. Ruchy atetotyczne dotyczyły głównie kończyny górnej lewej. W listopadzie 1907 r. w klinice chirurgicznej wstrzyknięto po 1 cm^3 80% alkoholu w nn. pośrodkowy i mięśniowoskórny. W 14 dni po wstrzyknięciu wybitna poprawa ruchów, chory nietylko w stawie łokciowym ale nawet w stawie nadgarstkowym i stawach palcowych ma ruchy wolne, może ręką chwytać i podnosić przedmioty. Wybitny skurcz mięśniowy ustąpił prawie zupełnie, a ruchy atetotyczne znacznie osłabły. Poprawa ta utrzymywała się się do lipca 1909 r., w którym to miesiącu znowu pogorszenie. Osłabienie ręki i nogi lewej zwiększyły się a i ruchy atetotyczne na nowo się wzmogły, chociaż nie były już tak silne jak przed wstrzyknięciem alkoholu. Stan taki utrzymuje się do dnia dzisiejszego a najbardziej dokuczają choremu ruchy atetotyczne, które też nie pozwalają mu niczem się zająć, mimo że w niedowładnej ręce ma niezłą jeszcze władzę.

Badanie obecne wykazuje połowicze, lewostronne, porażenie kurczowe, przyczem jednak .kurcz w zakresie porażonych kończyn jest stosunkowo nieznaczny. Bardzo wybitne ruchy atetotyczne w zakresie lewej kończyny górnej, mniejsze w nodze lewej. L. sądzi, że w celach leczniczych dwa zabiegi należy tu wziąść na uwagę, t. j. wstrzyknięcie alkoholu, albo operacyę Foerstera. Wobec tego, że wstrzyknięcie alkoholu zrobione w roku 1907, wpłynęło korzystnie na kurcz i ruchy atetotyczne, sądzi L., że należałoby w pierwszym rzędzie myśleć o wstrzyknięciu alkoholu. Co do operacyi Foerstera, to jakkolwiek nie jest ona tu przeciwwskazaną, mimoto sądzi L., że wobec tego, iż na pierwszy plan wysuwa się w tym przypadku atetoza, a nie kurcz, który obecnie jest minimalny, operacya ta nie da może spodziewanego wyniku, jeśli zważymy, że na ruchy atetotyczne wpływają podniety czuciowe z całej powierzchni ciała, a nie jedynie z zakresu dotkniętej porażeniem kończyny.

W dyskusyi kol. Rydel wstrzyknięcia alkoholu nie uważa za wskazane, ponieważ wynik niepewny, a często pozostają rozległe porażenia. Raczej skłania się do operacyi Foerstera, która zdaniem jego powinna dać jakieś dodatnie wyniki, ponieważ atetoza i kurcz mają ostatecznie tosamo pochodzenie. Przez usunięcie więc pewnej ilości podniet czuciowych powinnaby się i atetoza zmniejszyć. Piltz zauważa, że najsilniejsze bywają u chorego ruchy atetotyczne w ręce wówczas, gdy chory chodzi. Wobec tego więc, że i podniety z zakresu kończyn dolnych wpływają silnie pobudzająco na atetozę kończyny górnej, nie sądzi, ażeby przecięcie jedynie korzonków tylnych ręki lewej miało dodatnio wpłynąć na ruchy atetotyczne tejże ręki. Borowiecki podnosi, że ponieważ według Monakowa, ruchy atetotyczne, pląsawicze i kurcze są zależne od nieprawidłowego rozmieszczenia bodźców w korze mózgowej, przeto te wspólne warunki ich powstawania przemawiałyby i w tym wypadku za operacyą. Inną sprawą jest jednak pytanie, czy przecięcie tylnych korzonków jedynie tylko w zakresie kończyny górnej lewej wystarczy dla usunięcia atetozy. Piltz i Rydel sądzą, że należałoby dokładnie zbadać i w tym kierunku, z jakich części ciała wychodzące podrażnienia są najsilniejszym bodźcem dla owych ruchów atetotycznych i tą drogą należałoby dopiero oznaczyć korzonki, nadające się do przecięcia.

Przeprowadzone w tym kierunku przez kol. L. badanie wykazało, że owe ruchy atetotyczne są najsłabsze wówczas, gdy chory siedzi spokojnie lub leży. Najwybitniej zaś występują one w obu kończynach porażonych podczas chodzenia. Wszelkie ruchy czynne i bierne, wszelkie podrażnienia dotykowe i bólowe wywołują lub wzmagają ruchy atetotyczne przedewszystkiem w zakresie kończyny górnej i to zupełnie niezależnie od tego, którą kończynę drażnimy, a względnie którą kończyną chory wykonywa ruchy czynne. Podnieść jednak należy, że tak ruchy jak i podniety czuciowe wychodzące z porażonych kończyn wzmagają atetozę w czasie o połowę krótszym, aniżeli podniety, wychodzące z kończyn nieporażonych lub tułowia. Wobec więc wywodów kol. Rydla i Borowieckiego, jak i wobec wyniku swego badania sądzi L., że po operacyi Foerstera, a mianowicie po przecięciu 6 i 8 korzonka szyjnego po stronie lewej należałoby się w danym przypadku spodziewać w każdym razie pewnej poprawy, t. j. zmniejszenia się ruchów atetotycznych, a to wobec tego, że odpadnie jedna z najważniejszych dróg czuciowych, doprowadzających najsilniejsze podniety czuciowe.

Rogalski przedstawia szesnastoletniego ucznia ślusarskiego F. H., dziedzicznie nie obarczonego i aż do obecnej choroby zupełnie zdrowego.

W pierwszych dniach stycznia b. r. chory pośliznął się i upadł na plecy i głowę. Uczuł »chrupnięcie« i ból w karku, nie stracił jednak przytomności i przez następne kilka dni mimo utrzymującego się w karku bólu pracował. W tydzień po wypadku zauważył, że oko prawe silniej łzawi, a z ust po stronie prawej wycieka ślina. Cztery dni później wystąpiły dalsze objawy, które skłoniły go do zasięgnięcia porady lekarskiej, a mianowicie ścierpnięcie twarzy, języka i zębów po stronie prawej, podwójne widzenie, ścierpnięcie i osłabienie kończyny górnej i dolnej po stronie lewej, zniesienie smaku w prawej połowie języka i utrudnienie mowy, ból i zawrót głowy, wreszcie szum i gorszy słuch w prawem uchu. Zawroty głowy występują najsilniej przy chodzeniu lub patrzeniu ku górze.

Badanie wykazało: lekkie niewytrzymywanie gałki prawej przy patrzeniu w prawo, drżenie oczu obrotowe lewostronne przy patrzeniu ku górze i ku dołowi, drżenie poziome oczu prawostronne przy zwróceniu oczu w stronę prawą i lewostronne przy patrzeniu w lewo, podwójne widzenie przy każdem ustawieniu gałek ocznych (diplopia homonyma). Porażenie nerwu twarzowego po stronie prawej w zakresie wszystkich gałązek, najmniej wybitne w obrębie gałązki czołowej. Częściowe porażenie ruchowej

gałązki prawego nerwu trójdzielnego, zmniejszenie czucia dotykowego i bólowego, a zwiększenie wrażliwości na działanie ciepłoty w obrębie wszystkich gałązek nerwu trójdzielnego po stronie prawej. Upośledzone lub błędne rozpoznawanie płynów na dwóch-trzecich języka po stronie prawej. Przewodzenie dźwiękowe, tak powietrzne, jak i kostne, po stronie prawej znacznie gorsze; objaw Webera ujemny, Schwabacha skrócony zwłaszcza dla tonów wysokich. Badanie to zostało potwierdzone przez klinikę otyatryczną (Prof. Nowotny). Woda gorąca, wlewana w ucho prawe pozostaje bez wpływu, w ucho lewe zmniejsza drżenie oczu przy patrzeniu w prawo, zwiększa przy patrzeniu w lewo. Ta sama próba z wodą zimną nie daje pewnych wyników. Podniebienie miękkie przy fonacyi nieco mniej ruchome po stronie prawej, odruch z łuków podniebiennych bardzo słaby. W kończynach górnych brak zmian chorobowych; odruchy brzuszne po stronie prawej prawidłowe, po lewej osłabione; chód niepewny z zataczaniem się raz w jedną, raz w drugą stronę, silniejsze chwianie się przy staniu na lewej nodze podczas zamknięcia oczu. Przy ruchach biernych lekki opór w kończynie lewej. Odruchy kolanowy i stopowy żywsze po stronie lewej, niż po prawej, gdzie są prawidłowe; przy przechodzeniu z pozycyi leżącej w siedzącą i odwrotnie bez pomocy rąk kończyna dolna lewa podnosi się lekko ku górze. W obrębie całej lewej połowy ciała zmniejszenie wszystkich rodzajów czucia aż po granicę szyi.

Wszystkie te objawy cofały się stale i dosyć szybko, tak że w 5 tygodni po wypadku pozostał tylko lekki niedowład w zakresie nerwu twarzowego prawego i lewej kończyny dolnej.

Przytoczony wynik badania wykazuje zatem częściowe porażenie w zakresie nerwu odwodzącego, nerwu trójdzielnego, słuchowego i twarzowego po stronie prawej i częściowe porażenie lewej połowy ciała, a więc obraz hemiparesis alternans, powstałej po wypadku. Cały ten obraz i przebieg chorobowy przemawia za przyjęciem małego ogniska krwotocznego podoponowego w okolicy prawej strony mostu Warola, które ucisnęło korzonki wyżej wymienionych nerwów mózgowych i sznury piramid przed ich skrzyżowaniem.

W dyskusyi skłania się Borowiecki do przyjęcia krwotoku w samym moście Warola, gdyż wylew podoponowy rozszerzyłby się i na drugą stronę. — Rogalski sprzeciwia się temu określeniu siedziby krwotoku, przeciw temu bowiem przemawia z jednej strony szybkie cofanie się objawów chorobowych, z drugiej zaś ta okoliczność, że w takim razie musielibyśmy przyjąć ognisko dosyć rozległe, by mogło objąć jądra wszystkich wymienionych nerwów mózgowych, takie zaś ognisko spowodowałoby napewno silniejsze zniszczenie jednej z części podstawowych mózgu, a przez to stałe ustanie czynności przynajmniej jednego z nerwów mózgowych lub jednej z kończyn. — Landau zgadza się z tem zapatrywaniem, dodając, że ognisko w moście tem łatwiej wywołałoby ucisk na drogi lub ośrodki, leżące po stronie lewej.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

Posiedzenie z dnia 28. października 1911 r.

Obecnych 15 członków. Przewodniczy kol. Czajkowski.

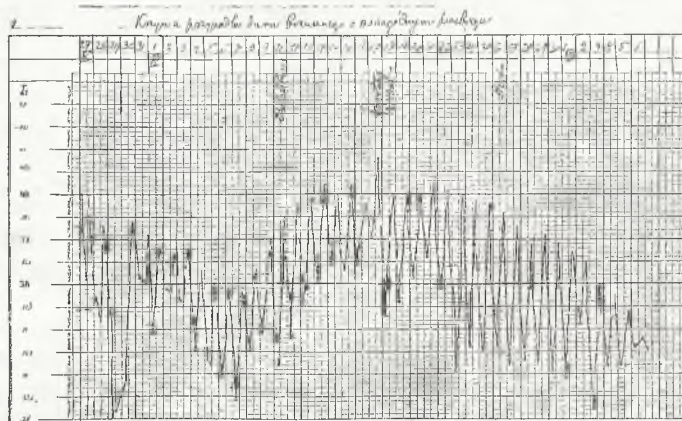
1. Kol. Czajkowski opowiada o przypadku **zapalenia opon nagminnego,** w którym w ropie z oczu stwierdził meningokoki, a wyleczonym zapomocą 2 wstrzyknięć szczepionki swoistej własnego wyrobu.

W dyskusyi, w której brali udział kol. Zahorski, Bartkiewicz, Puterman, Królikowski i Weinzieber, zwracano głównie uwagę na niepewność rozpoznania i zastosowanej w tym celu metody; mogła to być grypa.

2. Kol. Czajkowski: **Przyczynek do etyologii zapaleń wyrostka robaczkowego.** Na zasadzie 3 przypadków, dokładnie spostrzeganych i operowanych przez prelegenta, dochodzi on do wniosku, że może się zdarzać typowy obraz kliniczny zapalenia wyrostka, gdzie jednak w rzeczy samej wyrostek jest zupełnie niezmieniony, a istnieje tylko zapalenie kątnicy (typhlitis), i że w etyologii zapaleń wyrostka robaczkowego dotychczas za mało jest uwzględniana gruźlica.

W dyskusyi kol. Bartkiewicz zwraca uwagę na różnicę w budowie ścian wyrostka i kiszki ślepej, różnicę w unaczynieniu, która wpływa na łatwą martwicę wyrostka. Co do znaczenia gruźlicy w zapaleniach wyrostka robaczkowego, to jest ono zdaniem mowcy bardzo małe, gdy gruźlica kątnicy jest dosyć częsta. — Oprócz tego brali udział w dyskusyi kol. Puterman i Arnold.

3. Kol. Weinzieher opowiedział **przypadek duru brzusznego o szczególnym przebiegu.** Jakkolwiek żadna może z chorób zakaźnych ostrych nie przedstawia tak różnorodnego przebiegu, jak dur brzuszny, to jednak przypadek, o którym mowa, przedstawia w przebiegu swoim niektóre szczegóły, zdaniem prelegenta, godne uwagi. Młoda, dobrze zbudowana, 18-letnia panna, poprzednio zawsze zdrowa, ze zdrowej rodziny, uskarżała się od kilku tygodni na bóle głowy i osłabienie, nie poddawała się jednak temu i dopiero, gdy wystąpiła gorączka i codzienne popołudniowe dreszcze, położyła się do łóżka. Przez 4 dni gorączka miała przebieg nieprawidłowy. dochodząc do 40°. Śledziona nie była powiększona. Chinina bez skutku. Wobec tego na czwarty dzień 27. V. przez wyłączenie rozpoznano dur brzuszny. Przytomność nawet przy wysokiej ciepłocie zupełnie zachowana. W nocy z 28. na 29. maja, a zatem w 5 dni po przypuszczanym przez chorą i domowników początku choroby, bardzo obfity krwotok jelitowy z utratą tętna, nagłym spadkiem ciepłoty do 35°, trwającym całą dobę. Krwotok, jakkolwiek potwierdzał rozpoznanie duru brzusznego, to jednak nie zgadzał się z przypuszczalnym początkiem choroby, a świadczył, że mieliśmy do czynienia z durem poronnym (t. ambulatorius), podczas którego chora załatwiała wszystkie swoje zwykłe czynności, odczuwając tylko nieznaczne niedomaganie, w przeciągu przynajmniej jakich 2 tygodni. Dalszy przebieg, a zwłaszcza krzywa ciepłoty, w zupełności potwierdza to domniemanie, wykazując



począwszy od 3. VI, typowy dla czwartego tygodnia duru brzusznego stopniowy spadek, który trwa do 8. VI. Od tego dnia daje się spostrzedz znowu stopniowe podnoszenie się krzywej, typowe dla nawrotu, a 10. VI. dokładne badanie wykazuje bolesność przy obmacywaniu okolicy pęcherzyka żółciowego, nawrót więc polegał na zakażeniu lasecznikiem duru dróg żółciowych i wytworzeniu się zapalenia pęcherzyka żółciowego. Powikłanie to dosyć częste w przebiegu duru brzusznego, częstsze, niż się je rozpoznaje, wobec ogólnej bolesności i wzdęcia brzucha i nie-

przytomności chorych. W danym przypadku chora ani na chwilę przez cały czas choroby przytomności nie straciła, przeciwnie zastanawiała wprost przytomnością umysłu. 17, VI. przy silnych dreszczach ciepłota dosięga 40·8° C. i jednocześnie obrzmiewa cokolwiek i staje się mocno bolesną przyusznica prawa, a następnego dnia i lewa. Krzywa ciepłoty zaczyna przybierać charakter ropniczy, sięgając popołudniu przy silnych dreszczach 40° i wyżej, spadając zrana poniżej 37°. Próba Widala, dokonana 18. VI, daje wynik dodatni. Gdy prawa przyusznica po kilku dniach wraca do stanu prawidłowego, lewa puchnie coraz mocniej, wreszcie tworzy się ogromny obrzęk całej lewej połowy twarzy i gdy rodzice nie mogą się zdecydować na zabieg chirurgiczny, odkładając decyzyę z dnia na dzień, chora zaczyna 24. VI. odpluwać ropę, a obejrzenie błony śluzowej lewego policzka stwierdza wypływanie bardzo małemi (wielkości główki od szpilki) kropelkami ropy z przewodu Stenona. Od tego dnia obrzęk z każdym dniem się zmniejsza, również ciepłota stopniowo zaczyna się obniżać, a wydzielanie ropy przez przewód Stenona daje się jeszcze spostrzegać do 4. lipca. Od 6. lipca stan chorej zupełnie prawidłowy i chora prędko powróciła do sił. Z kropli ropy, wziętej 26. VI, wyrosły w hodowli paciorkowce. Zapalenie przyusznicy w przebiegu duru brzusznego nie należy do bardzo rzadkich. Według Schwalbego (Real-Encyclopädie, t. I. wyd. III. str. 62) zdarza się ono w 1—1·5% przypadków; do ropienia dochodzi tylko wyjątkowo i wtedy sprawa ta przedstawia poważne niebezpieczeństwo. W szpitalu będzińskim na 698 przypadków duru brzusznego w ciągu 15 lat ostatnich, ropne zapalenie przyusznicy zdarzyło się 3 razy, z wynikiem, pomimo operacyi, śmiertelnym.

Streszczając to, co w danym przypadku zwraca uwagę, należy wymienić: względnie długi okres okresu poronnego (typhus ambulatorius), brak powiększenia śledziony, brak różyczki durowej, zupełna przytomność przez cały przeciąg choroby, obfity krwotok kiszkowy, zapalenie pęcherzyka żółciowego, a wreszcie zapalenie przyusznic, z niezwykłem zejściem, mianowicie wydzieleniem ropy przez przewód Stenona bez jakiegokolwiek zabiegu chirurgicznego, i pomimo wszystko dobre zejście.

Posiedzenie z dnia 18. listopada 1911.

Obecnych 18 członków. Przewodniczy kol. Czajkowski. Nieobecnego sekretarza zastępuje kol. Zahorski.

Na porządku dziennym dalszy ciąg dyskusyi nad odczytem kol. Wołkowicza: **O lekarzu fabrycznym.**

Streszczając swój odczyt, kol. Wołkowicz jeszcze raz podkreślił, że lekarze na posadach w przemyśle są źle wynagradzani, co pociąga za sobą obniżenie moralnego i umysłowego ich poziomu, lekarz gorzej jest tam traktowany, niż każdy urzędnik przemysłowy; lekarz powinien wykazać przemysłowcowi konieczność zasiłków na studya lekarskie; solidarne wymagania ze strony lekarzy nieodzownych warunków, dotyczących bytu i rozwoju umysłowego zmusi przemysłowców do uznania tych potrzeb i uszanowania zawodu lekarskiego.

Kol. Królikowski jest tego zdania, że dodatki do pensyi więcej uzależniają lekarza od przemysłowca. Należy wyżej cenić swoją pracę i solidarnie dążyć do podniesienia skali wynagrodzenia, uwzględniając nadto czynniki takie, jak obniżenie wartości pieniędzy i t. p. — Kol. Wołkowicz, przeciwnie twierdzi, że praktyczniej jest poza pensyą mieć pewne dodatki, gdyż wtedy nie razi przemysłowca wysokość ryczałtowego wynagrodzenia. — Kol. Podczaski zaznacza, że jądro sprawy nie polega na tem, czy lekarz jest urzędnikiem, czy nie urzędnikiem, ale na tem, jak lekarz sam spełnia swoje obowiązki, czy nie obejmuje zbyt wielu posad w celu podniesienia swoich dochodów z uszczerbkiem w wypełnianiu obowiązków, czy nie przysługuje się fabrykantowi z uszczerbkiem dobra robotników gwoli otrzymania gratyfikacyi lub podniesienia pensyi itp.— Kol. Wołkowicz radzi przyjęcie pewnych zasad w sprawie uposażenia lekarza fabrycznego, jak zasada przyznawania płatnego urlopu, okresowej podwyżki pensyi, np. co 2 lata o 10%, aż do podwojenia pensyi.

Kol. Falkowski wnosi, by utworzyć komisyę statystyczną, złożoną z 3 osób, któraby się zajęła zbadaniem stanowiska i bytu lekarzy fabrycznych w Zagłębiu. Wniosek ten przyjęto, a do komisyi zostali wybrani: kol. Falkowski, Królikowski i Wołkowicz.

Następnie zostały przyjęte wnioski: kol. Suchodolskiego: »Każdy z kolegów, mający nieporozumienie lub prowadzący układy z firmą, może o fakcie tym zawiadomić Tow. lekarskie, ewentualnie prosić o poparcie. Towarzystwo po rozpatrzeniu danego przypadku, o ile uzna stanowisko kolegi w danej sprawie za słuszne, pospieszy mu chętnie z pomocą, głównie na drodze solidarności«, i uzupełniający wniosek kol. Królikowskiego: »Żaden z kolegów nie obejmuje stanowiska lekarza fabrycznego w Zagłębiu bez poprzedniego porozumienia się z kolegą ustępującym i z Zarządem Towarzystwa«. S. Weinzieher (Będzin).

Z warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy.

Dr Józef Jaworski wygłosił w d. 4 maja 1912 odczyt p. t. **Cechy znamienne działalności społecznej lekarzy Polaków w minionem stuleciu.**

Stan lekarski, już od czasów Hipokratesa tworzył zawsze grupę ludzi, złączoną nietylko celami i zadaniami zawodowemi, lecz także pewnemi zasadami postępowania; stąd już w zamierzchłej przeszłości otaczani byli lekarze wyjątkowym szacunkiem. Z wyjątkiem epoki rzymskiej i średniowiecznej, kiedy stan lekarski doszedł do ostatniego poniżenia, lekarze wszystkich narodowości zajmowali zawsze wśród swego społeczeństwa stanowisko, które im zapewniało wpływ i powagę. Wydarzenia historyczne wielkiej doniosłości zawsze wywierały wpływ na stanowisko lekarzy, którzy z natury swego zawodu stykają się ze wszystkiemi warstwami społeczeństwa; lekarze-Polacy w XIX wieku, rzecz naturalna, brali żywy udział we wszystkich wydarzeniach, jakie społeczeństwo przechodziło.

Na charakter jednostek stanu lekarskiego wywierały wpływ potężny instytucye naukowe i związki młodzieży akademickiej XIX stulecia. Królewski Uniwersytet warszawski (1807), Towarzystwo Przyjaciół nauk w Warszawie (1800), Towarzystwo Lekarskie warszawskie (1820), Uniwersytet wileński, Akademia Medyko-Chirurgiczna w Warszawie, Towarzystwo lekarskie wileńskie (1805), Uniwersytet lwowski, Uniwersytet krakowski — podawszy sobie ręce, dążyły do tego, aby służyć nauce rodzimej, pozbawionej prawidłowych warunków rozwoju. Instytucye powyższe urobiły typ lekarza-Polaka, jako człowieka nauki, na uspołecznienie zaś młodzieży polskiej, na następną działalność jej jako już dojrzałych mężów, wpłynęły stowarzyszenia i książki młodzieży polskiej, które śród uczących się zaszczepiły dążenia do zrzeszania się, głównie w celach społecznych i politycznych. Ze związków młodzieży uniwersyteckiej polskiej w początkach XIX w. między innemi najbardziej czynne i wpływowe były: »Towarzystwo doskonalenia się młodzieży« w Wilnie, którego założycielem był Lelewel, »Towarzystwo akademickie czcicieli nauk« (1819) w Warszawie, Towarz. »Filaretów« w Wilnie (1817), »Promienistych« tamże (w r. 1820), »Związek powszechny uczniów Uniw. Warszawskiego (1819), »Patryotyczne Towarzystwo oznaczone dwiema zgłoskami T. K.«, które zdaje się było sprzysiężeniem wojskowem. Towarzystwa te były bacznie śledzone, szkołę więc twardą przechodziła młodzież, a przeżyte chwile nadawały jej hart i dzielność, wykazywaną następnie w pracy dla dobra publicznego.

Studenci Akademii medyko-chirurgicznej brali żywy udział w ruchach politycznych 1861 i 1862 r.; rozproszeni

po prowincyi roznieśli tam zarzewie ognia, który wkrótce ogarnął kraj cały. Na tydzień przed wybuchem powstania odbyło się pamiętne zebranie w teatrze anatomicznym przy ul. Zgoda, na które stawili się wychowańcy wszystkich wydziałów Akademii i z powagą i przekonaniem przemawiali do późnej nocy pytając, co kraj zyskać może na poświęceniu setek tysięcy młodzieży w rozprawie z armatami. Powodowani uczuciem honoru poszli przebojem na wywalczenie ideału i nie powrócili więcej, ale ci, którzy zostali, podali sobie w milczeniu dłoń, ślubując wierność nauce, której kraj tak gorąco pożądał.

Studenci Wydziału lekarskiego natychmiast objęli stanowiska t. zw. lekarzy posiłkowych, będących na usługach lekarzy wojewódzkich i brali czynny udział w służbie sanitarnej. Wielu z nich nie wróciło już do kraju: na Syberyi krzewili kulturę i, korzystając z ulg przyznanych sobie z tytułu zawodu, dokładali starań, aby ulżyć doli innych wygnańców. Jest to jedna z najszczytniejszych kart życia lekarzy-Polaków.

W sferze czysto zawodowej jedną z najbardziej znamiennych cech lekarzy-Polaków było i jest pielęgnowanie i rozwijanie w sobie strony humanitarnej, współczucie dla chorego, wyrażające się w gorliwości pełnienia obowiązków, w wyrozumiałości i pobłażaniu doznawanych przykrości. Powtóre przestrzeganie godności zawodowej, która uchroniła nas od typu lekarza procederzysty, frymarczącego wiedzą i sztuką wyłącznie dla celów ekonomicznych. Następnie, do cech znamiennych lekarzy naszych należy bezinteresowność, wywołana współczuciem dla cierpiącego; wreszcie lekarze-Polacy w sprawach publicznych stali i stoją na stanowisku sług społeczeństwa. Pod względem gotowości do pracy bezinteresownej, na różnych polach działalności społecznej, do ofiar z swojej wiedzy i talentu, a co ważniejsza do ofiar wprost pieniężnych, lekarze nasi po wsze czasy, wyróżniali się nadzwyczaj dodatnio. Legaty, czynione przez lekarzy na cele publiczne, często zawierają cały majątek zapisodawców (Bącewicz, Koczorowski, Kłobikowski). Miłość do ziemi ojczystej, duchowy związek z ludem, przywiązanie do języka, poświęcenie własnych interesów sprawom publicznym, solidarna akcya, gdy chodzi o krzywdę, wyrządzoną ludności (n. p. pogromy), solidarna odmowa uczestniczenia przy egzekucyach przestępców politycznych, niezachwiana odwaga cywilna — oto cechy, które lekarze nasi ujawnili w zmiennych kolejach losu kraju naszego.

Znamieniem charakterystycznem stanu lekarskiego polskiego jest także to, że wybiega on myślą i czynem bardzo często poza koło spraw zawodowych na szeroką arenę życia publicznego, zajmując się sprawami natury politycznej, oświatowej, kulturalnej, a często nawet zawodów rzemieślniczych. Wielka jest liczba takich działaczów społecznych ze świata lekarskiego.

Prof. Dietl jako prezydent miasta Krakowa, stworzył fundusz pożyczkowy dla rzemieślników krakowskich. Karol Marcinkowski założył w r. 1835 w Poznaniu »Bazar« jednoczący w sobie handel i przemysł rodzinny oraz życie miejskie; stworzył w Poznańskiem ruch o podkładzie społeczno-ekonomicznym, zdążający przez oświatę, wychowanie, fachowe wykształcenie i rozumną pracę do wytworzenia nowoczesnego silnego społeczeństwa. Tytus Chałubiński dał początek szkole koronkarskiej i snycerskiej w Zakopanem i wyrobił dla nich przywileje państwowe. Ludwik Natanson (zm. w 1906) między innemi stworzył Szkołę rzemiosł i warsztaty rzemieślnicze, był założycielem Muzeum przemysłowego i uczestnikiem budowy domów z taniemi mieszkaniami dla robotników. Józef Chwiećkowski praktykujący na Wschodzie, obok stypendyów dla studentów zapisał fundusz na zapomogi dla uczniów szkół technicznych oraz przeznaczył nagrody za wydawnictwa popularne; wreszcie, Tow. lek. warsz. rozporządza także odsetkami od funduszu lekarza Feliksa Jabłonowskiego, przeznaczonego na wsparcia dla krawców i piekarzy.

I obecnie koledzy nasi, zwłaszcza na prowincyi, gorliwie współdziałają w rozpowszechnianiu przemysłu ludowego, poświęcając w tym celu nietylko pracę swoją, lecz i ciężko zapracowany pieniądz. Po dziś dzień zdarza się, że nietylko ruch w sferze ekonomicznej, ale rozbudzenie życia publicznego w danej miejscowości jest zasługą lekarza miejscowego, który jest pionierem postępu i kultury. W epoce szerzenia oświaty ludowej lekarze na prowincyi byli gorliwymi wykonawcami prac oświatowych.

Lekarze, którym naród powierzył rolę swych przedstawicieli, nie zawiedli pokładanych w nich nadziei i wykazywali nieraz bezgraniczne poświęcenie, a także umiejętność pozyskania wpływów i popularności. Karol Marcinkowski (1800—1846) w r. 1822 siedział w więzieniu w Weichselmünde na udział w Związku »Polonia«; przy jenerale Chłopickim był szefem generalnym sztabu; medal złoty wartości tysiąca franków, jaki mu przyznała w roku 1833 Akademia nauk w Paryżu za rozprawę o cholerze spieniężył i obrócił dla tułaczów-ziomków. Po powrocie do Poznania przesiedział 6 miesięcy w twierdzy za udział w r. 1830.

Józef Dietl znakomity profesor i założyciel zdrojowisk polskich, był najpopularniejszym przedstawicielem kraju naprzód w sejmie galicyjskim, a następnie w Radzie Państwa w Wiedniu. Pisze rozprawy polityczne »Nie bójmy się włościan«, »Kogo mamy wybierać do Sejmu?«), bierze udział w pracach wychowania publicznego (»O reformie szkół krajowych«), staje w obronie praw Uniwersytetu, autonomii kraju. Mąż ten w r. 1865, pod hasłem rzekomego niebezpieczeństwa dla monarchii austryackiej, został usunięty z katedry. Kraków wybrał go wtedy swym prezydentem. Zasługi Dietla na tem stanowisku są tak wielkie, że i dziś »wszystko co się robi w Krakowie i dla Krakowa, robi się zawsze według planów i pomysłów Dietla«.

Tytus Chałubiński był cenionym członkiem rządu narodowego w latach przedpowstańczych.

Z zasług naukowych lekarzy-Polaków należy nadmienić choćby to, że na początku minionego stulecia właśnie imię polskie zajaśniało w dziedzinie dociekań biologicznych. Prawda naukowa, dziś tak jasna i zrozumiała, że nic w przyrodzie nie ginie, tylko zmienia formę bytu, że życie w przyrodzie polega na ciągłej przemianie formy, a w każdej pojedyńczej żyjącej istocie na nieustannej przemianie materyi, a dalej, że śmierć jednych istot staje się punktem wyjścia dla życia drugich, ta prawda epokowa w biologii i fizyologii została wypowiedziana przez Jędrzeja Śniadeckiego (1766—1838), który wszedł do grona nieśmiertelnych, jako badacz genialny.

Na schyłku zaś ubiegłego stulecia Marceli Nencki, idąc od poznania własności biologicznych komórek i ich składu chemicznego, dotarł do poznania istoty enzymów. Poznanie tych ciał, a także otrzymanie sztuczne takich niestałych ciał białkowych, któreby miały własności żywej protoplazmy, oto zadania chemii biologicznej równoczesne z zadaniem poznania i istoty życia. Tak więc na rubieży dwu stuleci niby słupy, jaśniejące promieniami geniuszu narodowego, stanęli: Jędrzej Sniadecki i Marceli Nencki.

Z powyższego szkicu widać, że lekarze-Polacy obok spełniania najbliższych swych zadań t. j. zawodowych, postępowali jako krzewiciele oświaty i cnót obywatelskich, jako obrońcy przed bezprawiem, opiekunowie biednych i krzywdzonych. Te zasługi na polu pracy społecznej, ten dorobek duchowy narodu naogół mało lub niedokładnie jest znany, gdyż szkoła obca zubożyła nas duchowo, wydała pokolenie, które aczkolwiek mówi i myśli po polsku, wiedzy polskiej nie posiada. Naród zajmuje stanowisko wśród ludzkości nie tem, czego się od innych uczy, ale

tem, co sam tworzy; a pokolenie, które nie wie, co myśl polska w poprzednich pokoleniach zrobiła, nawet przy najlepszych chęciach postępu narodowego nie posunie. Te myśli powinny nas pobudzać do badania dorobku cywilizacyjnego pokoleń poprzednich, a wspomnienie o szlachetnych i znakomitych Polakach w każdem położeniu krzepić nas będzie. W. K.

II. Zjazd lekarzy rządowych w Austryi

w Krakowie 24. do 26. czerwca 1912.

Zjazd nie był wprawdzie tak liczny, jak I. Zjazd, który się odbył przed trzema laty w Wiedniu, niemniej jednak zgromadził bardzo poważną liczbę uczestników, stu kilkudziesięciu, ze wszystkich prowincyi austryackich i z Galicyi. W przeddzień Zjazdu, w niedzielę 23/VI odbywały się obrady wydziału »Związku lekarzy rządowych w Austryi«, wieczorem zaś spotkali się przyjezdni i miejscowi uczestnicy bardzo licznie na swobodnem zebraniu towarzyskiem w hotelu Saskim.

Inauguracyjne posiedzenie Zjazdu w poniedziałek 24/VI odbyło się w auli Uniwersytetu. Posiedzenie zagaił prezes galic. Związku lekarzy rządowych, a wiceprezes Związku lekarzy rządowych austr. Dr Czyżewicz z Jarosławia, przemówieniem, wygłoszonem po polsku i po niemiecku, podobnie jak wszystkie inne mowy powitalne. W przemówieniu tem, witając zebranych na ziemi polskiej dziękował mowca przedstawicielom władz, uniwersytetów, towarzystw lekarskich i lekarzy wojskowych, którzy na posiedzenie jako goście przybyli, następnie złożył podziękowanie reprezentacyi miasta Krakowa, podnosząc zasługi w zakresie reform sanitarnych w mieście; wreszcie powitał delegowanych Związku lekarzy rządowych państwa niemieckiego i lekarzy rządowych z innych krajów Austryi, jakoteż towarzyszące im panie. Dalej skreślił w krótkich słowach dzieje Związku lekarzy rządowych austryackich i wymienił główne prace dotychczas przez Związek dokonane w zakresie spraw sanitarnych, oraz sprawy, które czekają jeszcze załatwienia.

Prezydentami honorowymi wybrano: prof. Ludwiga z Wiednia, referenta sanitarnego w ministerstwie spraw wewnętrznych r. dw. Haberlera z Wiednia, prof. Kostaneckiego z Krakowa i prezesa Izby Dra Festenburga ze Lwowa; prezesami Dr Paula, prezesa Związku państwowego lekarzy rządowych z Wiednia, Dr Reisingera, prezesa Związku krajowego lek. rząd. z Pragi, prof. Nowaka z Krakowa i st. lek. pow. Dra Bielańskiego z Krakowa; sekretarzami Dr Landesmanna z Wiednia, Dr Weinsberga z Krakowa i Dr Opieńskiego ze Lwowa.

Nastąpiły przemówienia powitalne: Dr Paula imieniem Związku państwowego lekarzy rządowych, del. r. dw. Fedorowicza imieniem Ministerstwa i Namiestnictwa, wiceprezydenta Dr Szarskiego od miasta' Krakowa, dziekana prof. Reissa od Uniwersytetu Jagiellońskiego i Wydziału lekarskiego, Dr Festenburga od Krajowej Rady zdrowia i Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, Dr Schoenguta od Izby zachodnio-galicyjskiej, prof. Gumprechta z Weimaru, Dr Krausego z Opola od niemieckiego i pruskiego Związku lekarzy rządowych, prof. Macheka od Uniwersytetu lwowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Dr Janiszewskiego od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Dra Obtułowicza od Towarzystwa higienicznego ze Lwowa i Dra Damskiego od Kraj. Związku lekarzy.

Oprócz wymienionych uczestniczyli w otwarciu Zjazdu jako delegaci; referent sanitarny ministerstwa spraw wewnętrznych r. dw. Haberler, inspektor sanitarny radca Dr Lachowicz, szef sanitarny korpusu wojskowego krakowskiego Dr Ryba, oraz bardzo liczne grono profesorów U. J. i lekarzy krakowskich.

Na I. posiedzeniu odbył się wykład prof. Jurasza ze Lwowa: »O twardzieli«. W znakomitym tym wykładzie, skreśliwszy pokrótce obraz anatomiczny i kliniczny tego cierpienia, wskazał prelegent na coraz częstsze pojawianie się twardzieli w Galicyi, gdzie zdaje się być bardzo pospolitą, oraz na szerzenie się jej z głównego ogniska w południowo-zachodnich prowincyach Rosyi w coraz dalsze kraje. Wobec niebezpieczeństwa wzmożenia się tej choroby wskazał prelegent na konieczność donoszenia urzędowego o jej przypadkach, uzyskania dokładnej statystyki, oraz środków zapobiegających dalszemu szerzeniu się. Dalej Dr Kaan z Morawskiej Ostrawy miał wykład p. t. »Nowoczesny humanitaryzm a wielki przemysł«. w którym opisał urządzenia sanitarne i humanitarne fabryk żelaza w Witkowicach. W końcu Dr Eisenberg z Krakowa miał wykład p. t. »Zwalczanie epidemii a nowoczesna bakteryologia«.

Popołudniu odbyło się zwiedzanie miasta zorganizowane doskonale przez Związek turystyczny za staraniem Dr Ludwika Schneidra prezesa Związku, wieczorem zaś świetne przyjęcie urządzone przez reprezentacyę miasta, na którem przemawiali: wiceprezydent miasta Dr Szarski, Dr Paul, prof. Ponikło, Dr Helly, Dr Ryba i prof. Kostanecki.

We wtorek dnia 25. VI. rozpoczęło się posiedzenie od demonstracyi szeregu chorych dotkniętych twardzielą, których przedstawił prof. Pieniążek, poczem nastąpił wykład Dra Boryego z Drohobycza: »Uwagi rozpoznawcze o durze osutkowym«. W ożywionej dyskusyi nad tym wykładem podniesiono konieczność utworzenia państwowych zakładów badania chorób zakaźnych i stacyi bakteryologicznych zupełnie samoistnych i uchwalono odpowiednią rezolucyę. Resztę posiedzenia przedpołudniowego zajęły rozprawy na ważny temat: »Potrzeby publicznej służby zdrowia w zamierzonej reformie administracyi przy władzach politycznych«. Referaty w tej sprawie odczytali: kraj. inspektor sanitarny Dr Krzyżanowski i Dr Helly imieniem Dr Wintera z Wiednia. Główne punkta tych referatów dadzą się streścić w następującem: 1) Reforma administracyi jest niezbędna zarówno w interesie zdrowia publicznego, jakoteż w interesie sprawności władz sanitarnych. 2) Koniecznym warunkiem tej reformy jest odpowiednia zmiana ustawy sanitarnej z r. 1870. 3) Stanowisko lekarzy urzędowych przy władzach politycznych wszystkich trzech instancyi powinno być samoistne i ile możności niezależne. We wszystkich ważnych sanitarnie sprawach powinien być lekarz urzędowy zapytywany o opinię; konieczne są pracownie; niezbędna jest dokładna instrukcya służbowa, dodanie lekarzom powiatowym pomocnika kancelaryjnego, uregulowanie należytości za podróże, wydanie taryfy należytości, urządzanie kursów naukowych dla lekarzy urzędowych, utworzenie powiatowych rad zdrowia i t. d. Przy każdem namiestnictwie powinnaby być utworzona na wzór obecnego oddziału technicznego sekcya sanitarna, na czele z referentem sanitarnym, mającym samodzielne prawo aprobaty, oraz powinny powstać państwowe pracownie. W ministerstwie powinna powstać również odrębna sekcya sanitarna pod samodzielnem kierownictwem lekarza w randze szefa sekcyi; w tej sekcyi powinny być skupione wszystkie sprawy sanitarne, dzisiaj rozproszone po różnych ministerstwach, a przy niej powinny istnieć: oddział naukowy dla prac sprawozdawczych, centralne pracownie i państwowa inspekcya sanitarna. W dyskusyi, która się po tych referatach rozwinęła rozpatrywano pytanie, czy i w jakim zakresie powinno być lekarzom urzędowym nadane prawo samodzielnej egzekutywy. W końcu uchwalono rezolucyę, że konieczne jest powołanie lekarzy do komisyi zajmującej się reformą administracyi.

Popołudniu odbyły się wykłady: Dr Paula: »Znaczenie sanitarno-policyjne rzekomej ospy krowiej dla handlu mlekiem« i prof. Wachholza: »Z dziedziny toksykologii sądowej« z demonstracyami.

Wreszcie trzeciego dnia Zjazdu wygłosił Dr Opieński ze Lwowa referat: »O potrzebie natychmiastowego zaprowadzenia nauki o hygienie i somatologii w seminaryach nauczycielskich w Austryi«, w którym referent domagał się aby lekarze wykładający te przedmioty mieli stanowisko równorzędne z nauczycielami innych przedmiotów, oraz wykład prof. Bujwida: »O wyjaławianiu wody zapomocą promieni ultrafioletowych«. Dr Czyżewicza z Jarosławia mianowano członkiem honorowym Związku lek. rząd. austr. (dotychczas jedynym członkiem honorowym był prof. Ludwig z Wiednia).

Organizacya Zjazdu zyskała powszechne uznanie; główne zasługi w tym względzie położył prezes komitetu starszy lek. pow. prof. Dr Bielański.

Po Zjeździe odbyły się wycieczki do kopalń wielickich, do Zakopanego celem zwiedzenia sanatoryów Dr Chramca i Dr Dłuskiego, oraz do fabryk żelaza w Witkowicach, gdzie oglądano tamtejsze zakłady humanitarne i sanitarne.

III. Zjazd Polski przeciwalkoholowy.

Ruch wstrzemięźliwości oparty na badaniach naukowych wykazujących związek alkoholizmu z najważniejszymi przejawami życia społecznego, stał się wspólnem dążeniem wszystkich narodów i państw cywilizowanych, wciągając w szeregi walczących coraz liczniejsze i wybitniejsze osobistości ze świata naukowego i politycznego. U nas znalazł on także zrozumienie, na jakie zasługuje, jak dotąd jednak wśród sfer jeszcze nielicznych.

Szeroki ogół nie wie więc i nie ocenia dostatecznie, jak wielkie szkody moralne i materyalne wyrządza alkoholizm, w jakim stopniu jest on zaporą na drodze postępu jednostkowego i zbiorowego.

W czasie od 5. do 7. lipca b. r. odbędzie się we Lwowie polski Zjazd przeciwalkoholowy połączony z wystawą antyalkoholową.

Dotąd zapowiedziane są następujące wykłady:

Ks. K. Niesiołowski z Pleszewa (W. Ks. Poznańskie): »Obecny stan walki z alkoholizmem za granicą i w Polsce«. Prof. Dr Leon Popielski: »Wpływ t. zw. umiarkowanego używania napojów alkoholowych na organizm«. Prof. Dr Jan Piltz: »Wpływ alkoholizmu rodziców na potomstwo«. Dr Antoni Mikulski, lekarz Zakładu Kulparkowskiego: »Wpływ alkoholu na czynności psychiczne«. Dr Filip Eisenberg z Krakowa: »Alkohol a kwesяya płciowa«. Dr Gantkowski z Poznania: »Alkohol a gruźlica«. Ks. Dr Jan Ciemniewski: »Alkohol a charakter«. Dr E. Piasecki, doc. Uniw. ze Lwowa: »Zadanie uniwersytetu w walce z alkoholizmem«. Dr Stanisław Skalski z Łodzi: »Pijaństwo dziatwy i młodzieży szkolnej w Królestwie Polskiem na zasadzie wyników ankiety«. Tadeusz Strumiłło, słuch. fil. ze Lwowa: »Abstynencya jako czynnik psychologiczny«. Dr Juliusz Makarewicz, prof. Uniw. ze Lwowa: »Alkohol a przestępstwo«. Dr Władysław Żukowski z Petersburga: »Prawodawstwo i administracya wobec alkoholizmu pod zaborem rosyjskim«. Dr Stanisław Biały, naczelnik sądu z Brzozowa i poseł do Rady państwa: »Prawodawstwo i administracya wobec alkoholizmu w zaborze austryackim«. Ks. M. Mrugas z Głuszyny (W. Ks. Pozn.): »Prawodawstwo i administracya wobec alkoholizmu pod zaborem pruskim«. Gedeon Giedroyć: »Rola samopomocy społeczeństwa polskiego w walce z alkoholizmem«. Jan Szymański: »Zadanie ruchu abstynenckiego w najbliższej przyszłości«.

W czasie Zjazdu zostanie otwarta Wystawa przeciwalkoholowa w pałacu sztuki na placu powystawowym. Wystawa podzielona będzie na trzy działy, mianowicie: dział naukowy, dział organizacyjny i dział przemysłowy.

Udział w Zjeździe i Wystawie zgłaszać należy do Komitetu wykonawczego we Lwowie, ul. Kochanowskiego 4, od 8—2 i od 7—9 wieczorem. Adres listowy: Lwów, Skrytka pocztowa 110.

Karta uczestnictwa uprawnia do wysłuchania wszystkich referatów, zabierania głosu w dyskusyi i zwiedzenia wystawy. Cena karty 5 koron, dla członków towarzystw abstynenckich i młodzieży 2 kor. Wstęp na jedną seryę wykładów 1 kor., dla członków tow. abstyn. i młodzieży 50 hal. Wstęp na wystawę 50 hal., dls młodzieży 20 hal.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 26. VI. posiedzenie, na którem prof. Popielski miał wykład o »Teoryi hormonów i wydzielaniu wewnętrznem. W ożywionej dyskusyi, jaka się następowo rozwinęła, zabierali głos: Doc. Koźniewski, prof. Cybulski, Klecki, Rosner, Dr Dąbrowski oraz prelegent. Posiedzenie to było ostatnie w półroczu letniem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. VI. do 22. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych — † —), krztuśca 3, płonicy 10, odry 5, duru brzusznego 1 † 1, nagmin. zapalenia opon mózg. — † — (1 † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymuje wciąż rozmaite dary pieniężne. Między innymi w ostatnich czasach ofiarował p. St. Kostrowicki 1000 rb. na ogólne cele Towarzystwa, a na potrzeby pracowni antropologicznej złożono 185 rb.; ś. p. Feliks Merta zapisał cały swój majątek w kwocie 12.000 rubli na rzecz Towarzystwa.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 3. VI. do 17. VI. 1912 przypadków: ospy 4, róży 3. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu dobiegł pięciu lat istnienia. Jak wiadomo na kilka lat przed zawiązaniem Związku zgrupowali się już petersburscy lekarze Polacy celem pracy naukowej w »Koło lekarzy Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny«. Dopiero jednak 15. maja (starego stylu) 1907 powiodło się po długich staraniach i pokonaniu wielkich trudności uzyskać zezwolenie władz na zawiązanie zupełnie samoistnego stowarzyszenia przyrodniczo-lekarskiego o szerokim zakresie naukowym i społeczno-higienicznym. Obecnie istnieje w Związku 5 wydziałów: przyrodniczy, lekarski, techniczny, farmaceutyczny i odontologiczny, oraz komitet budowy szpitala polskiego w Petersburgu. Dotychczas odbył Związek 62 posiedzenia, z tych 2 organizacyjne, 21 ogólnych, 18 lekarskich, 12 techuicznych, 5 farmaceutycznych, 4 przyrodnicze. Liczba członków rzeczywistych Związku doszła 456, korespondentów 22; członków honorowych jest 6. Wykładów odbyło się w ciągu tych lat pięciu 110. Sprawozdania ze swoich posiedzeń lekarskich, farmaceutycznych i ogólnych drukuje Związek od początku w »Przeglądzie lekarskim«, z przyrodniczych we »Wszechświecie«, z technicznych w warszawskiem czasopiśmie technicznem. Majątek Związku wynosi 1.760 rb., fundusz szpitalny 6.000 rb. Historyi pierwszego pięciolecia Związku poświęcił prof. Zaleski obszerniejszy artykuł w »Dzienniku petersburskim« (Nr 655), który regularnie zdaje sprawę z czynności Związku.

— Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi utrzymywało w r. 1911 w Zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy 302 chorych w ciągu 78.944 dni i prowadzi tamże budowę domu administracyjnego, co liczbę miejsc dla chorych podniesie o 24. W roku tym otwarło Towarzystwo drugi swój zakład, dla nerwowo chorych, w Karolinie, gdzie od sierpnia leczono 57 osób w ciągu 2.421 dni. Obecnie zamierza Towarzystwo założyć zakład dla alkoholików i schronisko dla głupkowatych. Budżet Towarzystwa zamyka się sumą 278.676 rubli, a majątek Towarzystwa wynosi 171.128 rb. Do zarządu Towarzystwa wybrani zostali z lekarzy: Dr B. Chrostowski, S. Orłowski i A. Puławski (wszyscy ponownie); do komisyi rewizyjnej Dr W. Bruner i W. Mayzel.

— W sprawie raka na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Dreznie radził Kelling, by w regularnych odstępach czasu badać wszystkich ludzi powyżej lat 40 w tym kierunku. Już nawet powierzchowne badanie wykryłoby wiele guzów (sutek, macica, warga i t. p.).

Zmarli: W Petersburgu zmarł nestor lekarzy polskich, Dr Bolesław Skarga, który niedawno obchodził 50-lecie swojej działalności lekarskiej.

Redakcya otrzymała: Stanisław Poniatowski: O wpływie błędów obserwacyjnych na wskaźniki antropologiczne. (Warszawa 1912. Tow. Nauk. Warsz. Odbitka osobna). — Dr Jan Papée: O leczeniu szczepionką powikłań rzeżączkowych. (Lwów 1912). (Odbitka z lwowskiego »Tyg. lek).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Prothaemin, nowy przetwór białkowy. (Ze sanatoryum Neudorf pod Görbersdorfem) podał Dr med. Camphausen, lekarz kierujący. (Zeitschrift für Tuberkulose, Band 18; Heft 5).

»Przetwór ten musi się uważać za nowe cenne wzbogacenie naszego skarbca środków odżywczych, powołanych zapewne do tego, aby w leczeniu dyetetycznem odegrać niezwykle doniosłą rolę«.

W **prothaeminie** są po raz pierwszy połączone wszystkie cenne składniki krwi, przedewszystkiem żelazo i organicznie związany fosfor, w związku naturalnym w postaci stałej (95%). Wessanie podanej prothaeminy następuje prawie doszczętnie. Bezwonność i brak smaku prothaeminy stanowią dalsze zalety wobec wielu dotąd istniejących przetworów krwi. Dodać do tego należy względną taniość tego środka, tak, iż może on stać się dostępny jako przetwór odżywczy także mniej zamożnym. Ciekawa jest historya powstania prothaeminy, której za tło służą narodowo-ekonomiczne momenty i przez Salkowskiego rozważane problemy odżywiania ludu. Wyrabiana na wielką skalę przez firmę Goedecke & Co. w Lipsku w leczniczych celach prothaemina pozostaje pod nieustającą kontrolą naukową Salkowskiego samego, który ją uzyskał pierwszy po długim szeregu doświadczeń. Camphausen spostrzegał w wielu stanach niedokrewności, u suchotników, ozdrowieńców po ciężkich utratach krwi, przy krzywiczych stanach odżywienia, bez wyjątku doskonałe wyniki podając prothaeminę, a mianowicie wogóle w 63 przypadkach, w których częściowo odżywienie było silnie podupadłe a możność racyonalnego dostarczania pożywienia była bardzo utrudniona. Pomnożenie się liczby ciałek czerwonych i przybytek wagi były uderzające.

Właśnie u suchotników okazał się przetwór nader cennym, w przeciwieństwie do wielu nowych przetworów odżywczych, które tylko przejściową poprawę mogą złudnie sprowadzić, a której stałość zapewnia jedynie tuczenie białkiem.

Niepożądanych działań ubocznych nigdy nie spostrzegano; żadnych zaparć ani biegunek. W żadnym przypadku nie następowało odstawienie z powodu wstrętu, nawet po bardzo długiem podawaniu. Niejednokrotnie stwierdzano poprawę łaknienia, wytłumaczoną podniecającem działaniem zawartego fosforu (lecytyna). Autor uważa na podstawie swych spostrzeżeń prothaeminę za odpowiednią, aby przemianę materyi pobudzić, tak iż wzmaga się przyjęcie tlenu przez krew i tworzenie się nowych w walce przeciw zarodkom chorobotwórczym ważnych istot obronnych.

Hr. W.

Rok LI. Kraków, dnia 6. lipca 1912. Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner).

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

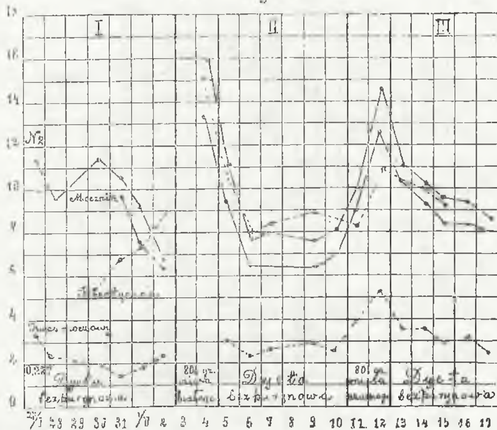
podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie II.

Badanie przeprowadzono na chorej E, lat 42, przyjętej do kliniki w celu wyjaśnienia rozpoznania dny. Chora skarżyła się na bóle w nogach, na które cierpiała około 5 lat. W ciągu ostatnich 3 lat bóle zjawiały się chwilowo to w jednej, to w drugiej pięcie, a także w palcach nóg. Dziedziczności w kierunku dny nie stwierdzono. Przy badaniu chorej wybitnych zmian nie znaleziono, widocznych złogów kwasu moczowego nie ma. Ciepłota przez cały czas obserwacyi wahała się między 36⁰—36,8⁰ C. Waga początkowa 75,5 przy opuszczaniu kliniki 75,6 kg, w moczu białka i cukru nie było. 26/I 1910 roku rozpoczęto dyetę bezpurynową, na którą składały się 1,2 litr mleka, 125 gr jaj, 50 gr masła, 30 gr ryżu, 220 gr. bułki, 16 gr cukru, 600 cm³ słabej herbaty i 2 jabłka. Przy tej dyecie



chora otrzymywała na dobę 90 gr białka, 120 gr tłuszczu i 250 gr węglowodanów, co razem dawało 2400 kaloryi, t. j. około 32 kaloryi na 1 kg wagi.

W dni mięsne chora otrzymywała 400 gr mięsa, 900 cm³ mleka, 50 gr białego chleba, 16 gr cukru, 800 cm³ słabej herbaty i 2 jabłka. Doświadczenie trwało od 27/I do 17/II, t. j. 22 dni. Wyniki rozbiorów moczu przedstawiono w tablicy II i na krzywej II.

W doświadczeniu tem pierwszy okres bezpurynowy ciągnął się 7 dni. W tym okresie ilość azotu i mocznika stopniowo spadała. Ilość kreatyniny po wybitnym spadku znowu się zwiększyła, ilość kwasu moczowego także spadła i zatrzymała się na stosunkowo nizkim poziomie. W ciągu następnych 2 dni mięsnych chora otrzymywała po 400 gr. mięsa białego na dobę. Niestety nie mogliśmy zbadać moczu z pierwszego dnia po spożywaniu mięsa, gdyż chora

Tablica II.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu	Ilość mocznika w gr. N_2	Stosunek % N_2 mocznika do ogólnego N_2	Ilość amoniaku	Ilość kwasu moczowego	Ilość kreatyniny
27/I	Bezpurynowa	2030	1010	Kwaśne	11·19 / 11·28	10·45	93	0·35	0·321	0·995
28	»	1525	1013		9·54	8·59	90	0·40	0·237	1·040
29	»	Nie badano								
30	»	1215	1016	Kwaśne	11·42	—	—	0·32	0·203	0·542
31	»	1020	1017		10·55	9·67	91	0·64	0·140	0·675
1/II	»	930	1019		9·11	7·92	87	1·64	0·187	0·763
2	»	1145	1012		6·81	6·33	93	0·33	0·224	0·904
3	400 gr. mięsa białego	Nie badano								
4	»	1600	1018	Kwaśne	15·89	13·28	84	1·29	?	1·514
5	Bezpurynowa	1485	1011		11·04	9·43	85	1·94	0·283	1·088
6	»	1105	1014		7·61	6·44	85	2·37	0·231	0·791
7	»	1200	1014		8·12	—	—	1·33	0·242	0·853
8	»	Nie badano								
9	»	1470	1012	Kwaśne	7·54	6·28	83	0·25	0·281	0·912
10	»	1530	1010		8·06	6·98	86	0·31	0·262	0·866
11	400 gr. mięsa czarnego	1075	1021		9·97	8·99	90	1·51	0·393	0·816
12	»	1580	1018		14·65	12·68	86	1·90	0·540	1·077
13	Bezpurynowa	1315	1019		11·29	10·22	90	0·81	0·353	1·029
14	»	1300	1015		10·08	9·33	92	0·70	0·337	1·019
15	»	1160	1016		9·77	8·27	85	0·53	0·281	0·932
16	»	1065	1020		9·66	8·20	85	—	0·296	—
17	»	995	1018		8·57	8·02	93	—	0·262	—

mocz ten wylała. Według jednak rozbioru moczu z drugiego dnia mięsnego, ilość ogólnego azotu mocznika i kreatyniny znacznie się zwiększyła. Należy przypuszczać, że i ilość kwasu moczowego także znacznie wzrosła, albowiem w moczu nastąpił obfity strąt kryształków kwasu moczowego, skutkiem czego przy określaniu kwasu moczowego otrzymano znacznie mniejsze liczby niż było w rzeczywistości; toteż wyniku rozbioru nie przytaczamy. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, który trwał 6 dni, wszystko dosyć szybko wróciło do stanu prawidłowego; kwas moczowy wrócił do dawnego poziomu na drugi dzień. W następnych 2 mięsnych dniach chora spożywała po 400 gr. mięsa czarnego na dobę. Wtedy wydzielanie wszystkich wspomnianych ciał znowu wybitnie się zwiększyło z wyjątkiem kreatyniny, której wydzielanie zwiększyło się bardzo nieznacznie. Maximum wydzielania wszystkich ciał wypada na drugi dzień mięsny. Maximum wydzielania kwasu moczowego = 0,540 gr. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, trwającego 5 dni, wszystko znowu wróciło do stanu prawidłowego. Kwas moczowy jednakże nie doszedł do dawnego poziomu. Porównując w tem doświadczeniu wpływ mięsa białego i czarnego, znajdujemy różnicę nie tylko w wydzielaniu kwasu moczowego, jak to było w doświadczeniu I, lecz częściowo także w wydzielaniu innych ciał azotowych. I tak wydzielanie ogólnej ilości azotu i azotu mocznika, które przez cały czas szło zupełnie równolegle jedno do drugiego, po mięsie czarnem idzie naogół wolniej, niż po mięsie białem. To samo odnosi się i do kreatyniny. Co do kwasu moczowego, to po mięsie białem wydzielanie wszystkiego kwasu moczowego z zewnątrz pochodzącego (exogen) zakończyło się w ciągu 3 dni (2 mięsnych, 1 bezpurynowego), po mięsie zaś czarnem wydzielanie kwasu moczowego z zewnątrz pochodzącego nawet po 7 dniach (2 mięsnych, 5 bezpurynowych) niezupełnie było skończone. Widzimy więc, że i w tem doświadczeniu podobnie, jak i w poprzedniem, daje się zauważyć stosunkowo znaczne zwolnienie w wydalaniu kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz po mięsie czarnem. Ilość kwasu moczowego wnętrznego (endogen) w tem doświadczeniu wynosiła średnio 0,227 gr. Ilość egzogennego kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, wydzielonego po mięsie czarnem = 0,873 gr. Niestety nie możemy w tym wypadku obliczyć ilości kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz, wydzielonego po mięsie białem, sądzimy jednak na zasadzie innych doświadczeń, że ilość ta była mniej więcej taka sama.

Ta okoliczność, że w danym przypadku wydzielanie wnętrznego (endogen) kwasu moczowego było stosunkowo dosyć niskie (0,297 gr), jak również, że po spożyciu mięsa czarnego mieliśmy tak powolne wydzielanie kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, wskazuje, że w drugim przypadku były pewne patologiczne zmiany przemiany purynowej, charakterystyczne dla dny. Otrzymane dane wskazują wyraźnie, że mięso czarne jest dla dnawych szkodliwsze, niż białe, albowiem kwas moczowy mięsa czarnego pochodzący z zewnątrz (exogen) znacznie wolniej zostaje wydzielony, niż kwas moczowy mięsa białego, skutkiem tego otrzymujemy więcej sprzyjających warunków dla zebrania się większej ilości kwasu moczowego w ustroju.

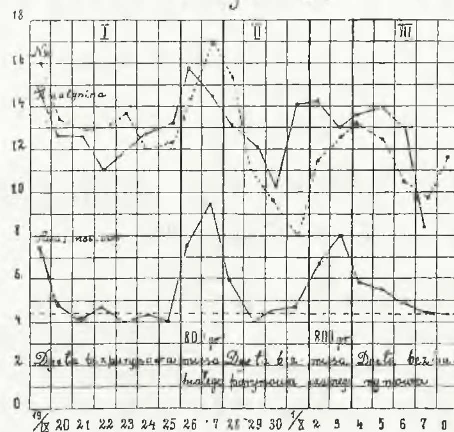
Doświadczenie III.

Badanie przeprowadzono na lekarzu M. lat 42, który cierpiał 3 lata temu na kłójące bóle w okolicy nerek. Od tej pory kolega ten czuje się zupełnie zdrowy i oddaje się pracy laboratoryjnej. Ciepłota przez cały czas doświadczenia była poniżej 37°. Waga na początku i końcu doświadczenia wynosiła 90 kg. Cukru i białka w moczu nie było. 19/X 1910 przejście na dyetę bezpurynową, składającą się z 800—900 cm³ mleka, 100 gr. ryżu, 50 gr. jaj, 50 gr. twaroga, 50 gr. masła, 240 gr. bułki, 32 gr. cukru, 700 cm³ słabej herbaty i 2 jabłek. Przy tej dyecie badany otrzymywał na dobę około 75 gr. białka, 85 gr. tłuszczu i 300 gr węglowodanów, co naogół dawało około 2300 kaloryi, t. j. około 25—26 kaloryi na 1 kg wagi. Przy tej stosunkowo skąpej dyecie badany czuł się dobrze. W dni mięsne dostawał zamiast jaj i twarogu po 400 gr mięsa na dobę. Doświadczenie trwało od 19/IX do 8/X, t. j. 20 dni. Wyniki badań moczu podane są na tab. III i krzywej III.

Tablica III.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu		Ilość kwasu moczowego		Ilość kreatyniny	
						średnio		średnio		średnio
19/IX	Bezpurynowa	2145	1014		16·22 / 15 68	15·90	0·739 / 0 733	0·736	1·474 / 1·484	1·479
20	»	1145	1016		13·40 / 13·49	13·45	0·534 / 0·458	0·491	1·272	1·272
21	»	1140	1018		12·92 / 12·92	12·92	0·421 / 0·435	0·428	1·344 / 1·202	1·273
22	»	930	1022		13·21 / 13·10	13·15	0·461 / 0·468	0·465	1·121 / 1·086	1·103
23	»	1350	1018		13·83 / 13·73	13·78	0·408	0·408	—	—
24	»	1130	1019		11 90 / 12·07	12·03	0·441 / 0·437	0·439	1·299 / 1·279	1·289
25	»	1440	1016		12·30 / 12·38	12·34	0·399 / 0·399	0·399	1·340 / 1·300	1·320
26	400 gr mięsa białego	1260	1021		14·36 / 14·43	14·39	0 752 / 0·757	0·754	1·590 / 1·602	1·596
27	»	1300	1022		17·04	17·04	0·939 / 0·944	0·942	1·469 / 1 450	1·459
28	Bezpurynowa	1570	1017	Kwaśne	15·51 / 15·30	15·40	0·586 / 0·606	0·596	1·331	1·331
29	»	1520	1015		11·28 / 11·28	11·28	0·408 / 0·421	0·415	1·234	1·234
30	»	1450	1015		9·86 / 9 86	9·86	0·457 / 0·462	0·459	0·966 / 1·092	1·029
1/X	»	1400	1018		8·06	8·06	0·482 / 0·488	0·485	1·423 / 1·412	1·418
2	400 gr mięsa czarnego	1350	1021		11·55 / 11·69	11·62	0·674 / 0·680	0 677	1·436	1·436
3	»	1200	1022		12·64 / 12·80	12 72	0·811 / 0·811	0·811	1·287 / 1·299	1·298
4	Bezpurynowa	1200	1022		13·31 / 13·40	13·35	0·589 / 0 594	0·592	1·345 / 1·355	1·350
5	»	1650	1017		12·51 / 12 55	12·53	0·562 / 0·565	0·563	1·389 / 1·412	1·400
6	»	1450	1016		10 56 / 10·59	10·58	0·512 / 0·505	0·509	1·324 / 1·297	1·310
7	»	1100	1018		9·96 / 9 82	9·89	0·457 / 0·459	0·458	0·857 / 0·836	0 846
8	»	1550	1014		11·76 / 11·65	11·70	0·456 / 0·458	0·457	—	—

Krzywa 3.



M. lat 42 Średnia ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego = 0,447 (z 18 rozbiorów)

Wszystkie rozbiory w tem doświadczeniu są podwójne. W doświadczeniu tem w ciągu pierwszego okresu bezpurynowego, trwającego 7 dni, ilość ogólna azotu kreatyniny i kwasu moczowego po początkowym spadku trzymała się do końca okresu mniejwięcej na jednakowej wysokości. Ilość kwasu moczowego ustaliła się już w drugim dniu i stale trzymała się na jednym poziomie. W ciągu następnych 2 dni mięsnych badany otrzymywał po 400 gr mięsa białego na dobę. Przy tem zwiększyła się ogólna ilość azotu, kreatyniny i kwasu moczowego. Maximum wydzielania kreatyniny wypadło w pierwszym dniu mięsnym, azotu i kwasu moczowego w drugim dniu. Maximum wydzielania kwasu moczowego wynosiło 0,942 gr.

W ciągu następnego okresu bezpurynowego, trwającego 4 dni, wydzielanie wspomnianych ciał zmniejszało się. Spadek ilości azotu trwał do końca tego okresu; wydzielanie kreatyniny po spadku znowu się zwiększyło.

Co do kwasu moczowego zaś, zatrzymał się on na poprzedniej wysokości już w drugim dniu tegoż okresu. W ciągu następnych 2 dni mięsnych badany otrzymywał po 400 gr mięsa czarnego na dobę, przytem ilość ogólnego azotu i kwasu moczowego znowu dosyć znacznie się zwiększyła; ilość zaś kreatyniny zwiększyła się nieznacznie w pierwszym dniu, w drugim zaś spadła. Maximum wydzielania azotu wypadło w pierwszym dniu następnego okresu bezpurynowego. Maximum wydzielanego kwasu moczowego wypadło w drugim dniu mięsnym i doszło do 0,811 gr. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, trwającego 5 dni, ilość kreatyniny początkowo cokolwiek się zwiększyła, a następnie wybitnie spadła. Ilość azotu i kwasu moczowego powoli spadała. Ilość kwasu moczowego ustaliła się na dawnym poziomie zaledwie czwartego dnia.

Z wyników tego doświadczenia widać, że i tutaj zachodzi wybitna i taka sama różnica w działaniu mięsa białego i czarnego. I tutaj podobnie jak w poprzedniem doświadczeniu, wydzielanie ogólnego azotu po mięsie czarnem szło cokolwiek wolniej, niż po mięsie białem. Mniej więcej to samo można powiedzieć co do kreatyniny, chociaż krzywa wydzielania tego ciała ma cokolwiek nieprawidłowy charakter, trudny do określenia. Co do kwasu moczowego, to w tem doświadczeniu jak i w dwóch poprzednich zaznaczyła się bardzo wyraźnie różnica w działaniu mięsa czarnego i białego. Maximum wydzielania kwasu moczowego po mięsie białem było większe, niż po czarnem.

Wydzielanie kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz (exogen) po mięsie białem zakończyło się w ciągu 3 dni (2 mięsnych, 1 bezpurynowego), wydzielanie zaś kwasu po mięsie czarnem zakończyło się w ciągu 5 dni (2 mięsnych i 3 bezpurynowych). Widzimy więc, że i w tem doświadczeniu daje się zauważyć znaczne zwolnienie w wydzielaniu zewnątrz pochodnego kwasu moczowego, pochodzącego z mięsa czarnego. Ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego w tem doświadczeniu na zasadzie 18 rozbiorów wynosiła średnio 0,447 gr, ilość z zewnątrz pochodzącego kwasu moczowego, wytworzonego z mięsa białego, wynosiła 0,950 gr, z mięsa czarnego 0,917 gr.

W doświadczeniu więc tem, jak i w doświadczeniu I, po spożyciu mięsa czarnego i białego wydzieliła się mniej więcej jednakowa ilość kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, która to ilość zupełnie prawie się zgadza z ilościami, otrzymanemi w poprzednich doświadczeniach. Wydzielanie jednak kwasu moczowego po mięsie czarnem szło znacznie wolniej, niż po mięsie białem. W doświadczeniu tem ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego znajduje się w granicach prawidłowych, wydzielanie kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz, po spożyciu mięsa czarnego było jednak cokolwiek zwolnione.

Wobec tego należy przypuszczać, że przemiana purynowa w tym przypadku chociaż nie przedstawia znanych zboczeń od stanu prawidłowego, jednakowoż musi być do pewnego stopnia zaliczona do przemiany zwolnionej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

Wagner uważa wzniecanie poronienia za uprawnione w pewnych stanach psychopatologicznych, stojących w bezpośrednim przyczynowym związku z ciążą, dla których to stanów jednak właściwym czynnikiem wywołującym jest uraz psychiczny, związany z tą ciążą.

Stany te opisuje on w ten mniej więcej sposób: Kobieta, która sobie nagle uświadomiła, że jest w ciąży, której nie oczekiwała i której może sobie zupełnie nie życzyła, wpada w stan silnej depresyi z najrozmaitszemi chorobliwemi urojeniami, że nie przeżyje rozwiązania, że popadnie w chorobę umysłową, że grozi jej ruina finansowa z powodu powiększenia się rodziny, że dziecko urodzi się niezdolne do życia, że będzie chore i kaleką — a więc urojenia, które zrazu mogą być jedynie następstwem fizyologicznego afektu, z czasem jednak mogą nabrać znaczenia idei panującej ponad wszystkiem, tak, że kobieta taka niczem nie jest zdolna się zająć, nie sypia, nie jada i podupada na zdrowiu. Stany te mogą u osób psychopatycznych przejść w typowe nawet choroby umysłowe, a przez często towarzyszące im zamachy samobójcze zagrażać już wprost życiu kobiety ciężarnej. To też w tych przypadkach do pewnego tylko czasu wolno według Wagnera oczekiwać polepszenia, a gdy ono nie nastąpi, należy wywołać poronienie, które też natychmiast usuwa ową depresyę z wszelkiemi towarzyszącemi jej urojeniami.

Friedman [1]) zwraca wreszcie uwagę na pewne stany psychopatologiczne, towarzyszące ciąży, które według niego stanowią prawie bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży. Podnosi on mianowicie, że obok osób z wrodzonemi lub nabytemi skłonnościami neuropatycznemi, względnie psychopatycznemi, jako cechami stałemi ich chorobowego charakteru, tj. obok tak zwanych zwyrodniałych czyli psychopatów, spotykamy nieraz u pewnych osób skłonność do nieprawidłowo silnych i psychopatycznych odczynów, które pojawiają się zwykle tylko okresowo i napadowo pod wpływem jakichś silniejszych wzruszeń psychicznych.

Do tej kategoryi zalicza Friedman dwie dokładniej przez siebie opisane jednostki chorobowe, jakiemi są tak zwana neurasteniczna melancholia [2]) z bardzo sil-

[1]) Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit. Deutsch. med. Woch. Nr 19, 20, 21, 1905.

[2]) Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsch. f. Neurol. Nr 4, 5, 1904.

nymi stanami lękowymi i pewne lekkie paranoidalne[1]) postacie chorobowe, których system urojeń pozostaje w ścisłym związku z konfliktem, jaki go wywołał. Obie te postacie różnią się tem od typowych chorób umysłowych, że powstają nietylko bezpośrednio po urazie psychicznym, ale że także znikają zaraz po usunięciu przyczyny, która je wywołała.

Do tych więc postaci zalicza Friedman obok niektórych innych i pewne stany psychopatologiczne, spotykane u kobiet ciężarnych, a które występują najczęściej pod wyżej już wspomnianą postacią neurastenicznej melancholii z bardzo wybitnym lękiem.

Pod nazwą neurastenicznej melancholii nie rozumie on jednak jakiejś kombinacyi neurastenii z melancholią, a zatem zlania się dwóch jednostek w jedną nową postać kliniczną. Ale podobnie, jak pewne postacie chorobowe przypominają swoimi objawami typowe neurastenie, na podstawie jednak ich okresowego pojawiania się bez widocznej przyczyny, na podstawie ich uporczywego przebiegu, który opiera się wszelkim środkom leczniczym i sposobu ich ustępowania koniecznie zaliczone być muszą do grupy psychoz okresowych; tak też istnieją i takie postacie chorobowe, które na podstawie swej etyologii i przebiegu klinicznego należą niewątpliwie do grupy właściwych neurastenii, a które jednak pod względem objawowym przypominają zupełnie typowe melancholie. Otóż te ostatnie właśnie nazywa Friedman neurastenicznemi melancholiami, albo neurastenicznemi pseudomelancholiami.

Lekkie przygnębienie, lekka depresya towarzyszy bardzo często ciąży i u najzdrowszych nawet kobiet. Stany jednak silnego przygnębienia psychicznego, towarzyszącego owym neurastenicznym melancholiom, a noszącego na sobie piętno wybitnej choroby, spotykamy stosunkowo rzadko. A są one nie tyle następstwem jakichś trosk o dziecko, rodzinę, utrzymanie itd., idących w parze z ciążą u pewnej przynajmniej kategoryi społecznie i finansowo źle sytuowanych kobiet, lub następstwem jedynie tylko obawy o szczęśliwe przebycie porodu u kobiet, którym już podczas poprzednich porodów groziło niebezpieczeństwo utraty życia, ile następstwem tego, że ów uraz psychiczny, związany z ciążą, padł tu na tło, podatne dla owego wspomnianego już chorobliwego, psychopatycznego odczynu. Za istnieniem takiego tła przemawia niewątpliwie fakt, że we wszystkich spostrzeganych dotąd przypadkach uderza przedewszystkiem niestosunek między wielkością urazu psychicznego a stopniem depresyi i łączącego się z nią silnego i nieokreślonego lęku, a co się łatwo da wytłómaczyć tem, że ów uraz psychiczny bez względu na to, jakiej on był natury i jakiej siły, padł tu właśnie na dobrze przygotowany grunt chorobliwego odczynu.

Z kazuistyki, jaką przytacza Friedman, widać, że owe stany neurastenicznej melancholii nie powstają nigdy nagle w przebiegu pierwszej ciąży i to jedynie tylko na tle owych skłonności neuropatycznych, lecz że podłoże dla tej choroby w postaci ogólnego rozstroju nerwowego, lub wyniszczenia i wyczerpania fizycznego, zostało niejako powoli w ciągu dłuższego czasu przygotowane, a to przez najrozmaitsze przejścia psychiczne, troski, zawody, niedostatek i inne, na które w ciągu długich nieraz lat narażoną była kobieta. I u tych to kobiet pod wpływem owego urazu psychicznego, jaki wiąże się z ciążą, nie przychodzi według Friedmana do zwykłego tylko przygnębienia, jakie tak często towarzyszy ciąży nawet u kobiet pod względem psychicznym zupełnie prawidłowych, lecz pojawia się u nich jakaś ogromna, niczem nie dająca się przezwyciężyć trwoga, która odrazu panuje nad wszelkimi innymi objawami i zupełnie opanowuje cały obraz kliniczny. Lęk i trwoga obok przygnębienia i smutku są tu tak uporczywe, że nie ustępują przed żadnem leczeniem, żadne tu stosowanie leków, ani też psychoterapia, żadne sanatorya, ani też odosabnianie takich chorych nic nie pomagają. Przeciwnie trwoga i przygnębienie z przykrymi omamami, którym często towarzyszą napady nerwowego kołatania serca, stany kataleptyczne, a nawet czasem i napady histeryczne, potęgują się coraz bardziej, czynią chore takie zupełnie niezdolnemi do jakiejkolwiek pracy fizycznej i umysłowej, stają się bardzo często przyczyną zamachów samobójczych, a wreszcie doprowadzają do zupełnej ruiny fizycznej i psychicznej dotkniętych niemi chorych.

I temi to właśnie znamionami, jak i owym niestosunkiem między nasileniem poszczególnych objawów a przyczyną wywołującą, różnią się stany te dostatecznie od zwykłej tylko depresyi i tak dobrze znanego obrazu lęku porodowego. Od zwykłych zaś i typowych psychoz w przebiegu ciąży różnią się one tem, że uraz psychiczny, związany z ciążą i mającym nastąpić porodem, jest jedynym dla nich czynnikiem wywołującym i że z usunięciem tego czynnika chorobotwórczego na drodze wzniecenia poronienia wracają chore szybko do zupełnego zdrowia.

Na podstawie takich to spostrzeżeń dochodzi Friedman ostatecznie do przekonania, że we wszystkich podobnych przypadkach, a zwłaszcza w tych, w których leczenie łagodzące na drodze podawania środków uspakajających i nasennych, stosowania kąpieli itd. nie doprowadziło do żadnego polepszenia, nie należy zwlekać dłużej z przerwaniem ciąży, jak do końca III. a wyjątkowo IV. miesiąca jej trwania. A to tembardziej, że przerywanie ciąży w miesiącach późniejszych nie jest już dla ciężarnej zabiegiem obojętnym. I jakkolwiek w pewnej przynajmniej liczbie przypadków owe stany neurasteniczno-melancholijne ustąpić mogą i przy wyczekiwaniu, a zatem razem z porodem na czasie, to jednak ze względu na to, że wyniku tego nigdy nie można przewidzieć, że pewna część tych stanów przechodzi po porodzie na czasie w bardzo ciężkie i typowe melancholie, lub histero-neurastenie, z uwagi wreszcie i na to, że takie choroby sprowadzają bardzo silne wyniszczenie dotkniętych niemi chorych, na tle którego to wyniszczenia rozwinąć się może nawet gruźlica, że w końcu tego rodzaju chore giną często śmiercią samobójczą — uważa Friedman te stany za wskazanie do przerwania ciąży w pierwszych miesiącach, a więc z poświęceniem życia płodu.

Podobne zapatrywania wygłaszają w ostatnich czasach E. Meyer [1]), którego poglądy na tę sprawę schodzą się zu-

[1]) Beiträge zu der Lehre von der Paranoia. Monatsch. f. Psych u. Neurol. Nr 6, 1905.

[1]) Die Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. T. 48.

Psychische Störungen u. Gravidität mit besonderer Berücksichtigung des künstlichen Abortus. Klin. therap. Woch. 1910, Nr 1.

pełnie z poglądami Friedmana, i Hoche [1]), który zgadza się na wywołanie poronienia u kobiet, jeśli one obok wyczerpania fizycznego okazują objawy wyraźnej depresyi, nie będącej jednak jeszcze melancholią w ściślejszem znaczeniu.

Tak więc streszczając to wszystko, co wiemy dzisiaj o wskazaniach do przerwania ciąży w przebiegu chorób umysłowych, należących według naszego podziału do grupy trzeciej, nie możemy żadnej z tych psychoz uważać za dostateczną przyczynę do przerwania ciąży. A to dlatego, że przypadkowe pojawienie się którejkolwiek choroby umysłowej w przebiegu ciąży nie uprawnia nas jeszcze do wprowadzenia jej w patogenetyczny związek z ciążą. A gdyby nawet i tak było dla pewnej przynajmniej liczby tych psychoz, to i wtedy nie uprawnia nas jeszcze dotychczasowe doświadczenie do przerywania ciąży ze względu na dalszy przebieg choroby umysłowej. Wnioski bowiem, jakie co do tej sprawy wysnuć można z dotychczasowych spostrzeżeń, idą w zupełnie rozbieżnych kierunkach.

I tak słyszymy o szkodliwym wpływie przerywania ciąży na chorobę umysłową równie często, jak i o zwolnieniach, przerwach, a nawet i o zupełnem wyleczeniu razem z przerwaniem ciąży. Przyczyny tego należy niewątpliwie dopatrywać się w istocie tych chorób umysłowych, o których była mowa, a które, jakkolwiek przez ciążę, jako rodzaj czynnika wywołującego, wywołane być mogą, to jednak, raz wywołane, przebiegają już zupełnie niezależnie od samej ciąży. Odpowiada to zupełnie nowszym zapatrywaniom na etyologię psychoz, idących w parze z ciążą, która ma być jedynie tylko czynnikiem, wywołującym utajone w ustroju kobiety usposobienie do tych chorób umysłowych.

Zupełnie inaczej ma się jednak sprawa z owymi stanami psychopatologicznymi, które stoją na granicy nerwic i psychoz, z owemi neurastenicznemi melancholiami Friedmana, wrzekomemi melancholiami Meyera, a nawet i owemi według naszego zapatrywania do tej samej kategoryi należącemi melancholiami Jollyego i Picka, w których to stanach urojenia, mające bardziej charakter natręctw myślowych, pozostających w ścisłym związku z ciążą i rozpadających się razem z przerwaniem ciąży, dostatecznie już właśnie odróżniają te sprawy od rzeczywistej melancholii. W przebiegu bowiem rzeczywistej melancholii treść urojeń bywa bardziej różnorodna i niekoniecznie pozostaje w związku z ciążą, a nadto przeważają w przebiegu melancholii urojenia grzeszności i winy obok braku poczucia choroby, którego to objawu obecność obok osłabienia i zahamowania energii jest znowu tak bardzo znamienna dla pseudomelancholii Friedmana.

To też nie ulega żadnej wątpliwości, że Friedman, opierając się na swoich doświadczeniach, ma do pewnego stopnia prawo stawiać tego rodzaju prawie bezwzględne wskazania w tych stanach chorobowych, o których była mowa. My jednak sądzimy i na to szczególny kładziemy nacisk, że i w tych nawet stanach nie można być dosyć ostrożnym przy powzięciu ostatecznego postanowienia i stawianiu wskazań do przerywania ciąży, a to wobec możliwej symulacyi, na którą zwracają również uwagę Jolly i Flatau [1]), albo też histeryi, która się czasem kryje pod jednym z powyżej wymienionych obrazów.

To też jedynie tylko tam, gdzie niepodobna mimo zastosowania wszelkich środków leczniczych, a w ostatecznym razie i przy umieszczeniu w zakładzie dla umysłowo chorych, wpłynąć dodatnio na przebieg choroby umysłowej, jedynie tylko tam uważalibyśmy przerwanie ciąży za konieczne dla utrzymania ciężarnej przy życiu i zdrowiu. A to tem bardziej, że brak jakiegokolwiek dodatniego wyniku naszego leczenia jest tylko, jak to zresztą podnosi i sam Friedman, jednym dowodem więcej, że nie pomyliliśmy się w naszem rozpoznaniu i że nie mamy przed sobą zwykłej tylko depresyi porodowej.

Rozstrzygać zaś o każdem wskazaniu wolno jedynie tylko lekarzowi, którego wiadomości psychiatryczne ugruntowane są na długoletniej praktyce i obserwacyi klinicznej, i to wspólnie z lekarzem położnikiem.

Sądzimy, że tą drogą ścisłego badania i indywidualizowania wskazań w każdym przypadku daleko lepiej przysłużymy się tej całej, tak bardzo jeszcze zawiłej sprawie, aniżeli przez stawianie już dzisiaj pewnych zasad, pewnych niejako paragrafów, do którychby się lekarz musiał stosować przy każdorazowem wydawaniu orzeczenia. Wszelkie bowiem schematyzowanie, na dzisiaj stanowczo jeszcze przedwczesne, uniemożliwiłoby indywidualizowanie tych wskazań, a dla sędziego byłoby owem »noli me tangere«, za którego przekroczenie pociąganoby lekarza do odpowiedzialności karnej. Psychiatrya bowiem, jakkolwiek w ostatnich czasach zrobiła olbrzymie postępy i bardzo posunęła się naprzód, to jednak jako nauka jest najmniej jeszcze ścisłą ze wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej. To też wyliczanie chorób umysłowych, w których przerwanie ciąży byłoby bezwzględnie konieczne, jest dzisiaj zupełnie jeszcze niemożliwe, a nawet i w przyszłości nieprawdopodobne, a to dlatego, że zapatrywania nasze na to, jak i na każde inne zagadnienie przyrodnicze, ulegają ciągłym wahaniom i zmianom.

Od rodzaju więc choroby umysłowej, czasu jej trwania, natężenia i towarzyszących jej okoliczności (stan fizyczny chorej) zależeć dopiero powinno każdorazowe wskazanie do przerwania ciąży.

III. Przed zakończeniem naszego sprawozdania chcielibyśmy na jedną jeszcze, zdaniem naszem, bardzo ważną i zasadniczą sprawę zwrócić tu uwagę. Pamiętać należy mianowicie o tem, ażeby z temi chorobami umysłowemi, które dołączają się do ciąży (grupa B i C), a których patogeneza i związek z ciążą nie zostały dotąd jeszcze dostatecznie wyjaśnione, nie mieszać tych psychoz, które już istniały, a do których w następstwie dopiero dołączyła się ciąża (grupa A).

Tego rodzaju przypadki spotykamy dość często, raz z tego powodu, że maniakalnie i erotycznie podniecone umysłowo chore kobiety, szukając zaspokojenia płciowego, a pozbawione chwilowo krytycyzmu i wszelkich więzów etycznych, oddają się łatwo mężczyznom. Powtóre dlatego,

[1]) Bemerkungen zur Frage des künstlichen Aborts bei Neurosen und Psychosen. Monatsch. f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform 1905, Nr 6 i 7.

[1]) Diskussion zum Vortrage Jolly's. Neurol. Centralb. 1901.

że w przypadkach wrodzonego niedołęstwa umysłu (idiotismus, imbecillitas) przy niewyrobionym krytycyzmie, a często i zupełnym braku pojęć etycznych, kobiety, obarczone temi chorobami, stają się niejednokrotnie przedmiotem żądzy najrozmaitszych zwyrodniałych mężczyzn, a wreszcie dlatego, że dzisiaj bardzo jeszcze często niestety stosunki płciowe a przedewszystkiem ciąża, uważane są nawet przez lekarzy za środki, leczące choroby umysłowe. Niedaleko więc odbiegliśmy od owych czasów, kiedy takie powagi, jak Reil i Guislain jeszcze w połowie XIX wieku uważali stosunki płciowe, ciążę i karmienie za środki, leczące melancholię, a nawet zapobiegające nawrotom w przypadkach psychoz okresowych.

I takim to poglądom, rozpowszechnionym szczególnie wśród szerokich mas, przypisać należy, że na 700 umysłowo chorych kobiet, przyjętych do zakładu w Andernach, było 23 ciężarnych i że wszystkie one zaszły w ciążę w przebiegu już istniejącej choroby umysłowej (Peretti [1]).

Otóż jakkolwiek choroba umysłowa nie stoi w tych przypadkach w żadnym genetycznym związku z ciążą, gdyż ciąża dołączyła się tu do już istniejącej psychozy, mimo to jednak może ona czasem wywierać niekorzystny wpływ na przebieg tych chorób umysłowych, jak to przedewszystkiem wynika ze spostrzeżeń Rippinga, Schülego, Perettiego, Dittmara [1]), Mongeri [2]) i innych. To też stoimy tu znowu przed bardzo trudnem zadaniem, t. j. przed pytaniem, czy w takich to właśnie przypadkach należy wzniecanie poronienia uważać za wskazane ze względu na dalszy przebieg choroby umysłowej. Ponieważ więc w tych przypadkach nie zagraża kobiecie niebezpieczeństwo utraty życia ze strony rozwijającego się w jej łonie płodu, ponieważ nadto, jak to już zresztą zaznaczyliśmy w pierwszej części naszego referatu, przerwanie ciąży w większości przynajmniej tych przypadków nie wpływa wcale dodatnio na przebieg samej choroby, a już nigdy nie usuwa jej zupełnie, jako nie stojącej w związku przyczynowym z ciążą, przeto chorób tych nie uważalibyśmy za wskazanie do przerwania ciąży ze względu na zdrowie matki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Ueber die Beeinflussung der Geistesstörung durch Schwangerschaft. Arch. f. Psych. und Nerv. T. 16.

[1]) Vorlesungen über Psychiatrie. Bonn.

[2]) Nervenerkrankungen u. Schwangerschaft. Algm. Zeitsch. f. Psych. T. 58. Ref. Jahresb. für Psych. 1901.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

A. Dienst: **Badania doświadczalne nad znaczeniem przyczynowem fermentu włóknikowego i istoty włóknikorodnej dla nerki ciężarnych i rzucawki porodowej.** (Arch. f. Gyn., tom 96, zesz. I.).

Autor występuje przeciw tłomaczeniu rzucawki porodowej, jako stanu nadwrażliwości, powstałej przez dostanie się do krwi obiegu matki innogatunkowej surowicy płodu, i obstaje przy swojem dotychczasowem tłomaczeniu jej, jako objawu zatrucia ustroju matki fermentem włóknikowym wytworzonym w dużej ilości przez rozpad leukocytów przy równoczesnem zwiększeniu istoty włóknikorodnej. Przy prawidłowym stanie wszystkich narządów trucizna zostaje z ustroju wydaloną; jeżeli jednak serce niezupełnie zdoła sprostać zwiększonej czynności w przebiegu ciąży i nastąpią zaburzenia krążenia w narządach wydzielniczych (wątroba), wówczas trujący ferment włóknikowy nagromadza się we krwi w coraz większej ilości. Pierwiastki i ciężarne z ciążą bliźniaczą okazują szczególną skłonność do takiego zatrucia, częścią z powodu wielkiej leukocytozy, częścią z powodu większej pracy dla serca w następstwie wzmożonego ciśnienia śródbrzusznego. Nieznaczne ilości zatrzymanej trucizny wywołują tylko zwyrodnienia narządów miąższowych, występujące klinicznie pod postacią białkomoczu, obrzęków i zaburzeń przemiany materyi. Jeżeli jednak trucizna nagromadzi się w wielkiej ilości, i to w takim stosunku zgęszczenia fermentu do istoty włóknikorodnej, że wytworzy się włóknik, wówczas wystąpią ogólne objawy zatrucia, objawiające się klinicznie pod postacią drgawek. Jeżeli stosunek zgęszczenia fermentu do istoty włóknikorodnej nie dojdzie do tego stopnia, aby się wytworzył włóknik, wówczas nie powstaną wprawdzie obfite zakrzepy i nie przyjdzie do drgawek, ale sama obfita ilość istoty włóknikorodnej, krążąc we krwi, może wywołać tak ciężkie zwyrodnienia w narządach wydzielniczych (wątroba, nerki) i w sercu, że zejście śmiertelne staje się nieuniknione (rzucawka bez drgawek). Czasem znowu może, u zupełnie zdrowych ciężarnych, sam ucisk ciężarnej macicy na wielkie żyły miednicy, zatrzymać przez dłuższy nawet czas zupełnie odpływ protrombiny wydzielanej z łożyska; wówczas może przyjść, bez współudziału narządów wydzielniczych, z początku do wstrzymania większych ilości tej istoty i leukocytów w żyłach i przestrzeniach limfatycznych całej dolnej połowy ciała. Jeżeli istoty te następnie po ustaniu zastoju wskutek bolów porodowych nagle w wielkiej ilości dostaną się do krwi tętniczej obfitującej w sole wapniowe, wówczas zmieniają się na ferment włóknikowy; ponieważ zaś tak wielka ilość nagle wytworzonego fermentu nie może być w całości zobojętniona, może też nagle wystąpić rzucawka, mimo że przedtem nic na nią nie wskazywało, i mocz nie zawierał białka. Tam, gdzie nieznaczne zmiany nerkowe, dopiero w czasie porodu, wskutek przejścia przez nie istot trujących, przeszły w postać zapalną, rzucawka może wystąpić dopiero w połogu. Obraz anatomiczny będzie zawsze zależał od ilości trującej istoty włóknikorodnej i fermentu włóknikowego, jakoteż od czasu, przez który istoty te zalewały ustrój przed wystąpieniem drgawek. E. Ehrenpreis.

Dr Junge: **Zakrzep i zator w połogu.** (Arch. f. Gyn. tom 96, zesz. II).

Powstanie zakrzepów w połogu odnieść należy obok zaburzeń krążenia przedewszystkiem do zmian w śródbłonku naczyniowym; za czynniki sprzyjające uważać należy zmianę w składzie krwi jakoteż obecność drobnoustrojów lub produktów ich przemiany materyi. Zmiany śródbłonka spotyka się istotnie często przy żylakach szczególnie u ciężarnych (26%) i to przedewszystkiem u wieloródek (71%). Zakrzepy połogowe występują też najczęściej u wieloródek (74%, z których prawie wszystkie miały widoczne żylaki. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że jako przyczynę tych żylaków, obok zastojów miejscowych i ogólnych, ważną rolę odgrywa także pewne usposobienie samej ściany żylnej. Niektórzy uważają żylaki te za zmianę ciążową, za czem przemawiać ma fakt znikania żylaków po obumarciu płodu. Najczęściej występują zakrzepy w zakresie żyły odgoleniowej i odpiszczelowej (vena saphena), i to we wczesnym okresie połogu, na drugiem miejscu co do częstości stoją zakrzepy żył miednicowych i to zwykle w środkowym okresie połogu, a na trzecim żyły udowe (v. femorales) występujące zwykle w późnym okresie połogu. Zakrzepy żyły odgoleniowej występują częściej po stronie prawej, a żyły udowej częściej po lewej, zresztą zarówno po obu stronach. Do czynników usposabiających do zakrzepów w połogu należą krwotoki porodowe, operacye

położnicze, zbytnio przedłużający się okres wydalania płodu, zakażenia i ciężkie schorzenia ogólne, przyczem zauważono, że jednorazowe przebycie zakrzepu usposabia do ponownego jego powstania. Sprawa rozpoczyna się czasem lekkiem wzniesieniem ciepłoty ciała, szczególnie przy zakrzepach żyły udowej, wyraźnych jednak objawów wskazujących na ich powstanie nie ma. Zakrzepy w zakresie żyły odgoleniowej znamionują się zaczerwienieniem i bolesnością w całym przebiegu żył zapalnie zajętych, a przy dużych żylakach powstają nawet wrzody. Po ustaniu okresu ostrego wytwarza się zgrubienie i brunatne zabarwienie skóry na miejscach zajętych. Obrzęk jest zwykle nieznaczny albo go zupełnie niema; występuje on natomiast bardzo wyraźnie przy zakrzepach żył udowych i jest obok bolesnego zgrubienia na wewnętrznej powierzchni uda, ważną cechą rozpoznawczą. Rozpoznanie zakrzepów żył miednicowych jest trudne; zwykle daje się wyczuć zgrubienie przebiegające na zewnątrz w okolicy kolca kości kulszowej (spina ischii), a wymacanie obok niego naczynia tętniącego znacznie ułatwia rozpoznanie. Obrzęk, który czasem obejmuje całą kończynę, nie zawsze musi wystąpić. Rokować należy przy zakrzepach ostrożnie, ponieważ przy głęboko położonych żyłach niebezpieczeństwo zatoru płucnego nie jest nigdy wyłączone. Najkorzystniejsze jest rokowanie przy zakrzepach w zakresie żyły odgoleniowej.

Leczenie powinno być przedewszystkiem zapobiegawcze. To też na choroby ogólno-ustrojowe, zaburzenia krążenia i żylaki należy już w czasie ciąży zwrócić baczną uwagę. W czasie porodu i w okresie odejścia łożyska należy unikać wszelkiej utraty krwi, a w połogu zalecić lekkie wykonywanie ruchów kończynami i ułożenie ich w zgięciu, celem ułatwienia krążenia. Przy powstałym już zakrzepie wskazane są: bezwzględny spokój, okłady wysychające, wysokie ułożenie zajętej kończyny, unikanie używania tłoczni brzusznej i stosowanie środków sercowych (digitalis). Bezpośrednie niebezpieczeństwo minęło, jeżeli tętno przez pewien czas jest spokojne i nieprzyspieszone, a także ostre objawy zakrzepu minęły. Przy powstaniu zatoru należy zalecić zupełny spokój, okłady lodowe i leki sercowe.

E. Ehrenpreis.

Prof. Richter: **Pierwotna ciąża brzuszna.** (Arch. f. Gyn., tom 46, zesz. III).

Pierwotne usadowienie się i rozwój jaja płodowego w jamie brzusznej, poza obrębem narządu rodnego, uważa autor jako możliwe i opisuje własne spostrzeżenie. Powstanie takiej pierwotnej ciąży brzusznej tłómaczy w następujący sposób: Prawdopodobnie chodzi tu o jajka, które krótki czas przed spodziewanym peryodem, zaraz po wyjściu z mieszka jajnikowego zostały zapłodnione, nim jeszcze weszły do lejka jajowodu. Skomplikowany mechanizm przyjmowania jajek przez jajowód, może czasem z nieznanych nam powodów zawieść, tak, że jajo nie dostaje się na właściwą drogę; niezapłodnione ginie bardzo prędko, zapłodnione zaś mogąc kilka dni utrzymać swą żywotność, dostaje się na mimowolną wędrówkę. Niekiedy usadawia się już w okolicy mieszka, z którego wyszło, wówczas powstaje ciąża jajnikowa. Czasem znowu dostaje się przecież w prąd rzęskowy jajowodów, ale dopiero w kilka dni po zapłodnieniu, kiedy już jest tak duże, że do kanału ich wejść nie może i zmuszone jest usadowić się na obwodowej części jajowodu. Najczęściej jednak zostaje uniesione robaczkowym ruchem jelit, szukając odpowiedniego podłoża. Nie znalazłszy go w tym krótkim czasie, w którym żyć może zapłodnione jajko bez odżywiającego podłoża matki, ginie już w krótkim czasie. Natrafiwszy jednak na bezpieczne miejsce zdala od ruchu jelit usadawia się. Do miejsc takich należy dolna powierzchnia wątroby, zagłębienie między nerką a ścianą brzuszną, jakoteż między kiszką ślepą a więzadłem szerokiem, a wreszcie jako najczęstsze przestrzeń Douglasa na otrzewnej kiszki odchodowej. Dalszy rozwój jaja płodowego, zależy od zdolności podłoża do utrzymania krążenia łożyskowego. Otrzewna przestrzeni Douglasa, zdaje się jednak nie posiadać tej zdolności, ponieważ we wszystkich przypadkach dotąd znanych, a także w przypadku autora, przyszło już w 4—5 tygodniu do oddzielenia się jaja od podłoża. Przytem powstają zwykle bardzo obfite krwawienia wewnętrzne, nigdy jednak nie powstają bóle skurczowe — jak przy ciąży macicznej lub jajowodowej, albowiem usadawiając się na otrzewnej jajo nie leży w żadnej jamie o ścianach kurczliwych. Te skurczowe bóle należy też uważać jako bardzo ważny moment różniczkowo-rozpoznawczy między ciążą pierwotną brzuszną a jajowodową. — Przez ciążę brzuszną następową rozumie autor te przypadki, w których po pęknięciu jajowodu, płód dostał się do jamy brzusznej i w niej dalej się rozwijał, podczas gdy łożysko pozostało w jajowodzie. Tłómaczenie ciąży brzusznej jako przeszczepienie całego jaja płodowego z jajowodu na otrzewną nie jest wogóle możliwe. Jeżeli bowiem po pęknięciu jajowodu płód wraz z łożyskiem dostanie się do jamy brzusznej, jajo takie już w krótkim czasie ginie, o ciąży więc nie nie może być mowy.

E. Ehrenpreis.

Pedyatrya.

Prof. Feer. **Zapalenie oskrzelków i płuc u małych dzieci.** (Mediz. Klinik, 1912, Nr 16). Jak w pierwszym roku życia najczęstszą przyczyną śmierci dzieci są choroby przewodu pokarmowego, tak od drugiego roku na pierwszy plan wysuwają się choroby dróg oddechowych (bronchiolitis i bronchopneumonia). Przyczyny są dwojakiego rodzaju: usposabiającego i wywołującego. Do pierwszych należą krzywica, stan limfatyczny dziecka, długotrwałe nieżyty żołądkowo-kiszkowe. One to, zmniejszając skład krwi (zmniejszanie ilości barwika krwi), zmniejszają bakteryobójcze własności krwi i błon śluzowych, z powodu czego w przebiegu tych chorób pojawlają się tak często ropnie skórne i zakaźne nieżyty dróg oddechowych. Przyczyny wywołujące są następujące: nieżyty górnych dróg oddechowych, choroby zakaźne, głównie grypa, także ksztusiec i odra, szczególnie u dzieci poniżej 4 lat, przeziębienia (słaby objaw zapadania na nieżyty dróg oddechowych u dzieci po kąpieli w zimnym pokoju, czy po wyjściu na wiatr i t. d.). Wreszcie nieodpowiednie pielęgnowanie dziecka, (nieczystość, ciemne, wilgotne mieszkanie i t. p.) czem się tłómaczy, że te schorzenia są częstsze wśród klas ubogich. Ogólne zapalenie oskrzelków jest w porównaniu z bardzo częstem zapaleniem odoskrzelowem płuc, choroby bardzo rzadkiej. Cechą jej charakterystyczną jest bladość twarzy, potem sinica, wysoka gorączka, oddech ciężki, ruchy skrzydełek nosowych, zapadanie się dołka podsercowego i podżebrzy, przytem co najważniejsze liczne drobno bańkowe rzężenia i objawy ostrego rozdęcia płuc. Temi rzężeniami, gorączka wysoka różni się zapalenie oskrzelków od t. zw. bronchitis asmatica, gdzie znów obok sinicy, rozdęcia bywa więcej furczeń, niska gorączka lub nawet brak jej, a natomiast nagły początek i koniec z bez porównania lepszem rokowaniem gdy tamta sprawa bardzo często kończy się śmiercią.

Zapalenie płuc i oskrzeli (bronchopneumonia) jest chorobą bardzo często, wywołaną przez pneumokoki; jej uprzywilejowanem miejscem usadowienia są tylno dolne płaty płuc, rzadko górne, wtedy częściej po stronie prawej; ogniska zapalne zlewają się często, zajmując cały płat, przez co postać zapalenia pomieniać można z krupową postacią zapalenia; spadek ciepłoty w tamtej jest jednak powolny, gorączka zwalniająć. Odłamem jej jest t. zw. przykręgowe opadwe zapalenia płuc, występujące u słabych, długo na wznak leżących dzieci; sprawa ta przebiega często z początku bez gorączki, jako czysto opadowa, potem z usadowieniem się zarazków chorobotwórczych występuje gorączka. Inną postacią zapalenia jest tak zwana przez Francuzów »Congestion pulmonaire«, gdzie wsród wysokiej gorączki występuje stępienia odgłosu opukowego nad pewną

częścią płuca i zaostrzony lub osłabiony szmer oddechowy, a po 12 — 24 godzinach nagły powrót do stanu prawidłowego.

Rokowanie w zapaleniu płuc i oskrzeli zależy od wieku, gorsze jest w wieku wcześniejszym.

Leczenie przedewszystkiem wodolecznicze. Autor poleca gorące kąpiele od 37 — 31° C, które działają kojąco i uśmierzająco na kaszel; sinica ustępuje, tętno staje się silniejszem, a dziecko zapada w spokojny sen i chętniej potem przyjmuje pokarmy. Także nacieki w płucach i rzężenie rychło przy tem leczeniu znikają. Kąpiele te trwać mają trzy do pięciu minut, u bardzo osłabionych dzieci lepiej ich zaniechać a w każdym razie radzi autor podać jakiś środek sercowy przed kąpielą. Zamiast tych kąpieli polecenia godne są zawijania w prześcieradła, namoczone w wodzie gorczycznej, które głównie w początkowym okresie bardzo skutecznie działają.

Co do środków farmaceutycznych, to należy zachować ostrożność przy podawaniu środków wykształtnych, które u osesków działają ujemnie na narząd trawienia; stosować można środki wykształtne chyba przy wielkiem nagromadzeniu śluzu w drogach oddechowych. Autor radzi tu Rp: »liquor amon. anisat. extract. fluid senegae aa 10,00 3 razy dz. po 10 kropel w wodzie ocukrzonej« dla osesków. Przy dręczącym kaszlu podają kodeinę 0·1 : 100 dwa do 4 razy dziennie po łyżeczcze; częściej jednak stosują środki sercowe i polecają przedewszyskiem kofeinę w rozczynie 0·5 : 100 (3 razy dziennie po łyżeczce), przy złem tętnie wstrzykiwanie kamfory (2 — 6 razy dziennie). Przy sinicy stosuje wdychanie tlenu, które przy zapaleniu. oskrzelków działa bardzo skutecznie. Przy »bronchitis astmatica »atropina w postaci wstrzykiwań podskórnych 0·0001 na dawkę, także jodek potasowy w rozczynie (1,00 i 75,00 pięć razy dziennie po łyżeczce), najwyżej przez trzy dni. Przytem uregulowanie dyety, mało mleka, dużo jarzyn.

Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie d. 6. II. 1912 r.

Borowiecki przedstawia chorego J. Z., l. 42, który zgłosił się do ambulatoryum po raz pierwszy w kwietniu 1911 r. ze skargami na ból w obu przedramionach, oraz osłabienie władzy w palcach ręki prawej. Badanie wykazało prawą źrenicę szerszą od lewej, znaczne upośledzenie zginania ręki prawej w stawie napięstkowym, zginania palców we wszystkich stawach, oraz ich rozsuwania, zesuwania i przeciwstawiania. Badanie czucia wykazało nadto znieczulenie względne na dotyk, ból, ciepło i zimno w zakresie grzbietu i dłoni, sięgające około 10 cm powyżej napięstkowego na przedramię. D. 26 I. 1912 chory zgłosił się ponownie, oznajmiając, że choroba posunęła się znacznie naprzód. Od kilku miesięcy ma uczucie, jakby ręce obydwie miał poprzyprawiane, a od kilku tygodni osłabły palce ręki lewej. W zakresie nerwów czaszkowych stwierdzić można było na dnie oka prawego zapalenie i obrzęk tarczy, oraz rozszerzenie źrenicy prawej przy zachowanem oddziaływaniu na światło. W zakresie pasa barkowego, podobnież w zakresie drobnych mięśni rąk, szczególnie po stronie prawej, dość znaczne zaniki. Podnoszenie ramion do pionu było niemożliwe, a podnoszenie ramion do poziomu wybitnie osłabione (podnoszenie na zewnątrz zaledwie pod kątem 60°).

Wyprostowywanie w łokciu było upośledzone, ale lepsze od zginania, nawracanie (pronatio) lepsze od odwracania, obydwa jednak osłabione. Ruchy w stawie nadgarstkowym osłabione bardzo znacznie. Wszystkie te zmiany wyraźniejsze po stronie prawej niż po lewej. Zaburzenia ruchów czynnych w zakresie drobnych mięśni rąk podobne były do opisanych za pierwszem badaniem, ale wyraźniejsze i obustronne. Odruchy ścięgniste kończyn górnych były zniesione. Kończyny dolne i tułów bez zmian. Zaburzenia czucia dotyku, bólu, ciepła i zimna, ogarniające obydwie kończyny górne i górną część klatki piersiowej oraz czaszkę, zarówno w jej części uwłosionej, jak w zakresie twarzy. Te zaburzenia czucia nie pozwalały przypuszczać postępującego zaniku mięśni pochodzenia rdzeniowego, który zresztą mógłby dać obraz kliniczny zupełnie podobny, ale skłaniały do rozpoznania syryngomyelii. Zwracał jednak uwagę w przypadku tym szybki rozwój zaników i porażeń w zakresie pasa barkowego i ramion i wreszcie zapalenie i obrzęk prawego nerwu wzrokowego, co przemawiało za kiłą rdzenia i mózgu. Z drugiej jednak strony żadnych innych danych za kiłą nie było: odczyn Wassermanna wypadł ujemnie, żona chorego nigdy nie roniła, chory zakażeniu kiłowemu zawsze zaprzeczał. Zalecono jod i galwanizacyę rdzenia. Po dwóch miesiącach leczenia jodowego chory zgłosił się d. 12 IV. znowu, oświadczając, że przez czas ten znacznie mu się polepszyło. Polepszenie to jest zwłaszcza wybitne w zakresie pasa barkowego i ramion: unoszenie kończyn górnych do pionu jest możliwe, unoszenie do poziomu w zakresie prawidłowym tylko siła ruchów tych nie jest jeszcze dostateczna. Wyprostowywanie, zginanie w łokciu, nawracanie i odwracanie, ruchy w stawie napięstkowym prawidłowe. Tylko w zakresie drobnych mięśni rąk, zwłaszcza ręki prawej trwa, jakkolwiek w mniejszym stopniu, utrudnienie zginania, rozstawiania i zestawiania, jakoteż przeciwstawiania palców. Pod względem czuciowym zmiana wybitniejsza nie zaszła. Odnosi się wrażenie, że zaniki mięśniowe zmniejszyły się. Poprawa ta rozstrzyga o rozpoznaniu choroby: gdy poprzednio można jeszcze było wahać się pomiędzy kiłą mózgu i rdzenia, a syryngomyelią, obecnie zwrócić się musimy ostatecznie ku rozpoznaniu **kiły mózgu i rdzenia**, gdyż tak daleko idąca poprawa pod wpływem jodu w syryngomyelii byłaby rzeczą niezwykłą.

Landau przedstawia przypadek **kiły rdzenia leczonej salwarsanem** u chorego K. J. wyrobnika, liczącego lat 38. Dziedzicznie nie obarczony, rozwijał się K. J. prawidłowo, do 22. r. był zupełnie zdrowy. W 22. r. zakaził się kiłą, leczył się wstrzykiwaniami rtęci, jodem i wcieraniami. Obecna choroba rozpoczęła się w 25 r. z osłabieniem obu kończyn dolnych, stopniowo coraz większem, tak, że od kilku już lat chory z trudnością tylko porusza nogami i chodzi jedynie o lasce. Bólów nie było nigdy, jedynie tylko noga lewa często drętwieje i chory ma w niej takie uczucie, jakby była obłożona lodem lub zimną szmatą. Przed 6. laty przez kilka tygodni »zamęt w głowie«, mówił niewyraźnie. Przed 3. laty zaburzenia w oddawaniu moczu; chory musiał często mocz oddawać, boby go nie utrzymał. Przed 4 miesiącami dopiero zaczęły słabnąć i obie kończyny górne, które do niedawna miały być zupełnie jeszcze zdrowe »tak były silne, jak wtedy, gdy służył przy wojsku«. Osłabienie pojawiło się najprzód w ręce prawej, a wkrótce potem i w ręce lewej.

L. badał chorego poraz pierwszy przed 3 laty. Badanie wykazało wówczas kurczowy niedowład (paraparesis spastica) obu kończyn dolnych bez jakichkolwiek zmian w zakresie kończyn górnych, w nerwach czaszkowych, czuciu i odruchach brzusznych. Badanie obecne wykazuje obok wybitnego niedowładu kurczowego kończyn dolnych także i daleko idące zmiany w zakresie obu kończyn górnych, a mianowicie: Po obu stronach szponowate ustawienie palców, zaniki krótkich mięśni z odczynem zwyrodnienia bardzo znaczne ograniczenie ruchów czynnych w stawach palcowych, zwłaszcza zginania w stawach śródręcznopal-

cowych, rozstawiania i zestawiania palców. Wszystkie te zaburzenia nieco większe po stronie prawej. W zakresie nerwów czaszkowych i obecnie żadnych zmian nie ma. Źrenice okrągłe, równe. Oddziaływanie źrenic żwawe i wydatne. Odruchy brzuszne i mosznowe prawidłowe. Czucie: na kończynach górnych czucie dotykowe zachowane. Czucie bólu zniesione na obu kończynach górnych, czucie termiczne, tak zimne jak i ciepłe, upośledzone bardzo znacznie na obu rękach, po stronie prawej > l. Odczyn Wassermanna z surowicy krwi ++. Chód wybitnie kurczowo-poraźny.

L. rozpoznaje kiłę rdzenia i wskazuje na wyraźne rozszczepienie w zaburzeniach czucia, które w tym przypadku mają charakter wybitnie syryngomyelityczny.

W dyskusyi radzi koł. Blassberg zastosowanie w tym przypadku salwarsanu, a to wobec tego, iż dotychczasowe leczenie przeciwkiłowe jodem, wcierania i wstrzykiwaniami rtęci nie dało żadnego polepszenia.

L. przedstawia chorego poraz wtóry.

Dnia 18. II. b. r. otrzymał pacyent w klinice chorób wenerycznych injekcyę salvarsanu w ilości 0,4 śródżylnie. Już w kilka dni po injekcyi nastąpiła pewna poprawa w zakresie kończyn górnych. Obecnie zaś szponowate ustawienie palców znikło zupełnie, chory swobodnie porusza palcami kończyn górnych, a w szczególności prostuje, rozstawia i zestawia palce jak dawniej. Zaburzenia czucia na kończynach górnych i zmiany w zakresie kończyn dolnych, jak przed zastosowaniem salvarsanu.

Rogalski przedstawia 29-letniego robotnika kolejowego A. W. cierpiącego na **stwardnienie rozsiane.** Przypadek ten ciekawy jest dlatego, że z powodu braku wielu charakterystycznych objawów rozpoznanie mogło się wahać między kurczowem porażeniem rdzeniowem, kiłą rdzenia i stwardnieniem rozsianem, a dopiero obecność i rodzaj zaburzeń czucia pozwoliły na powyższe rozpoznanie.

Chory, dziedzicznie nie obarczony, nie umie nic powiedzieć co do przebytych w dzieciństwie chorób. Od czasu duru, jaki przechodził w 14. roku życia, miał zauważyć, że nogi są mniej zgrabne, niż przedtem. Potem podczas służby wojskowej spostrzegł, że w czasie dłuższego marszu noga prawa prędzej się męczy niż lewa, staje się cięższą i bezwładną. Później jednak nie doznawał poważniejszych dolegliwości ze strony kończyn dolnych, czuł tylko, że jest pewna różnica w sile między obiema nogami na niekorzyść nogi prawej. Dopiero przed $1^1/_2$ rokiem zauważył przy dłuższem chodzeniu to samo osłabienie w nodze prawej, nie mógł na niej pewnie stanąć, przy wyprostowywaniu jej musiał używać wysiłku i miał w niej uczucie ściągania i drgania. Po 6 miesiącach te same dolegliwości, tylko w bardzo słabym stopniu pojawiły się też w nodze lewej. Od 6 zaś miesięcy stan ten nogi prawej znacznie się pogorszył i utrzymuje się do dnia dzisiejszego. Przed 5 tygodniami wystąpiły zaburzenia w kończynie górnej prawej. Chory spostrzegł mianowicie, że przy dłuższej robocie ręka prawa prędzej się męczy i staje się niezgrabną. Poza tem niema innych podmiotowych objawów chorobowych.

Badanie wykazało co następuje: W zakresie kończyn górnych niema zaburzeń przy ruchach czynnych i biernych, natomiast obustronne wzmożenie wszystkich odruchów, w wyższym jednak stopniu w kończynie prawej. Z odruchów brzusznych daje się wywołać tylko dolny lewy. Co do kończyn dolnych chód kurczowo-poraźny, brak zaburzeń przy ruchach czynnych, obustronna oporność, większa jednak po stronie prawej przy ruchach biernych, odruchy kolanowe i stopowe obustronnie bardzo żywe, żywsze jednak po stronie prawej, gdzie znajdujemy też drganie stopowe i objaw Babińskiego. Zaburzeń czucia położenia niema. Badanie krwi co do odczynu Wassermanna (Dungern) dało wynik ujemny. Przy badaniu zmysłu czucia na symetrycznych miejscach prawej i lewej połowy ciała dało się wykazać osłabienie wrażliwości w zakresie wszystkich rodzajów czucia (dotyk, ból, ciepło, zimno), w kończynie dolnej prawej aż po pachwinę. — Dokładniejsze zaś badanie, przeprowadzone według wskazówek Piltza, wykazało, że zaburzenia sięgają na obu kończynach do różnych poziomów. Tak n. p. badając czucie bólu, znajdujemy na prawej kończynie trzy granice przytępienia czucia bolu, w których chory w kierunku dośrodkowym coraz lepiej uczuwa ukłucie igłą. Na kończynie zaś lewej wykazujemy dwie takie granice, a każda z nich leży wyżej, niż odpowiadająca jej na kończynie prawej. Porównując więc symetryczne miejsca obu kończyn, znajdujemy hypalgezyę tylko po stronie prawej, gdyż ukłute miejsce na tej stronie leży w obrębie granicy silniejszego osłabienia czucia bolu, niż po stronie lewej. Do tych samych wyników dochodzimy przy badaniu innych rodzajów czucia.

W dyskusyi podnosi Piltz, że znalezione zaburzenia czucia na kończynach dolnych są charakterystyczne dla stwardnienia rozsianego (o czem pisał w »Przeglądzie lekarskim« w r. 1908 w Nr 39) i że właśnie w takich jak ten przypadkach, gdzie chodzi o wczesne rozpoznanie, mają one, przy braku innych objawów typowych dla stwardnienia rozsianego, znaczenie rozpoznawcze.

---

41. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 10—13 kwietnia 1912)

Dr Adolf Klęsk.

(Dokończenie).

34) Gulcke (Strassburg). **Rozpoznanie i leczenie przewlekłego zapalenia trzustki.**

Omówienie kliniki powyższego cierpienia na mocy 8 przypadków, z czego w 5 postawiono dobre rozpoznanie odrazu. Operacya polegała na wyłączeniu odźwiernika lecz to mało i w przyszłości G. robić będzie nacięcia torebki ew. miąższu.

35) Hagemann (Marburg). **O późnych skutkach operacyjnego zamykania szpary podniebienia.**

Gdy szparę podniebienia operuje się za wcześnie powstaje nieraz zwężenie szczęki górnej powodujące niestosunek jej do żuchwy, co wymaga potem nieraz operacyjnego zwężenia tej ostatniej. Nie należy też z tego powodu zbyt śpieszyć się u dzieci z rzeczoną operacyą.

36) Stubenrauch (Monachium). **Regeneracya i zastępstwo śledziony.**

Zmiany we krwi powodowane wycięciem śledziony ustępują po pewnym czasie co dowodzi, że albo śledziona może się odradzać lub coś ją zastępuje. Otóż to odbywać się może na różne sposoby.

1) Śledziona nie została wyjętą w całości lecz pozostały albo kawałki, albo przyjęły się na otrzewnej (np. po rozdarciu śledziony) lub usadowiły się gdzieś (np. w wątrobie) drogą zatoru i spełniają swą fizyologiczną czynność.

2) W otrzewnej tworzą się narządy podobne do śledziony t. zw. splenoide.

3) Czynność śledziony obejmują po niej gruczoły chłonne, szpik kostny itp.

Kazuistyki: Tschmarke, Sprengel, Caro, Meisel, Glücksmann.

37) Heile i Boit odczyty o doświadczalnem wywoływaniu zapalenia wyrostka robaczkowego, Melchior o rodzinnem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

38) Salzer (Wiedeń). **Dwoinkowe zapalenie otrzewnej.**

Na 300 przypadków zajęcia otrzewnej u dzieci S. spo-

strzegał 9 przypadków rzeczonego cierpienia. Przypomina ono bardzo zapalenie wyrostka. O ile przy wyrostku trzeba operować wczas, tu trzeba odczekać. Znamiennymi objawami są: opryszczka na wargach, ciężki stan, sinica, nagłe silne bóle, brzuch mało wzdęty, biegunka i wymioty.

39) Goepel (Lipsk). **Kombinowany sposób wycinania rakowatej kiszki stolcowej z zapobiegawczem ochronieniem otrzewnej.**

G. tworzy z przedniej ściany otrzewnej płat i przyszywa go do tylnej otrzewnej ponad miejscem zamierzonego wycięcia kiszki, tak, że potem operuje już spokojnie pozaotrzewnowo.

40) Kümmell (Hamburg). **W sprawie chirurgii zapalenia nerek.**

Omówienie kliniki ostrych cierpień nerek zdatnych do operacyi. Przy rzucawce 60% wyleczeń, dobre wyniki przy ostrym bezmoczu w przebiegu chorób zakaźnych i zatruć. Przy postaciach przewlekłych wyniki nie tak dobre, ale i tak zachęcające.

41) Renner doniesienie o wynikach 20 operacyi nerkowych.

42) Ritter (Poznań). **Podwiązanie żyły nerkowej; próby doświadczalne i lecznicze.**

Przy obustronnej gruźlicy nerek chodzi o wynalezienie sposobu, by wywołać kurczenie się nerki. Na mocy swych prób R. dowodzi, że podwiązanie żyły nerkowej powoduje kurczenie się nerki o $^1/_3$ w przeciągu miesiąca, przyczem druga nerka przerasta. W jednym przypadku podwiązał R. żyłę nerki u człowieka i czeka na wynik.

43) Tenże. **Przyczynek do operacyjnego leczenia zakaźnego zapalenia nerek.**

44) Voelckner (Heidelberg). **Powstawanie wodo i roponercza** (wykład kliniczny).

45) Seidel (Drezno), **Krwotoki masowe w łożysku nerki.**

Krwotoki około nerki lub podtorebkowe wydarzyć się mogą przy różnych cierpieniach nerek. Objawy kliniczne: silny nagły ból w boku, zapad, podniesienie ciepłoty, silna niedokrwistość, guz macalny w okolicy nerki, podbiegnięcia skóry tejże okolicy ew. brzucha i worka mosznowego, nieraz utrata przytomności. Ciężkie przypadki należy zaraz operować.

Ritter omawia kazuistyczną operacyę ostrego septycznego zapalenia nerek.

Voelkner operacye na pęcherzykach nasiennych.

46) Posner (Heidelberg). **W sprawie znieczulenia miejscowego w małej miednicy.**

Znieczulać do tego należy nerwy: pudendus i pelvicus z pomocą wstrzyknięcia środka znieczulającego długą igłą tuż koło kiszki stolcowej od przodu, przyczem znieczula się kiszkę stolcową, gruczoł krokowy, pęcherz moczowy, cewkę, członek itp.

47) F. de Querzain (Bazylea). **W sprawie ochrony nerwu zwrotnego i ciałek przybłonkowych przy operacyach wola.**

Niektórzy chcą chronić powyższe organy w ten sposób, że starają się do nich dotrzeć. Lepiej jednak wcale ich nie szukać, zwłaszcza przy podwiązywaniu dolnej tętnicy trzeba postępować ostrożnie, a więc podwiązać ją poza gruczołem przed wytoczeniem tegoż i nieodłączać tylnej powięzi gruczołu.

Th. Kocher przestrzega ze względu na ciałka nabłonkowe przed obustronnem podwiązywaniem tętnicy dolnej.

48) Sprengel (Brunświk). **W sprawie leczenia krzywego biodra urazowego odprowadzeniem i wyciągiem.**

49) Payr (Lipsk). **12 przypadków uruchomienia sztywnego kolana.**

Axhausen omawia gojenie się chrząstek.

50) Klapp. **Próby operacyjnego rozszerzania klatki piersiowej.**

K. ma zamiar rozszerzać klatkę piersiową w ten sposób, że po przecięciu żeber wsuwa w odstęp powstały kawałki z wyciętego 11 żebra.

51) Grune (Kolonia). **Leczenie złamań szyjki uda.**

52) Hirschel. **Znieczulanie splotu barkowego w pasze celem zniesienia bólu przy operacyach na kończynie górnej.**

53) Röpke (Barmen). **Przyczynek do leczenia nawykowego zwichnięcia barku.**

Poleca fałdowanie mięśnia podłopatkowego, celem zmniejszenia torebki stawowej.

54) Denk (Wiedeń). **Całkowite wycięcie kolana.**

D. opisuje technikę całkowitego wycięcia kolana t. j. razem z częściami miękkiemi i skóry z pozostawieniem naczyń i nerwów, poczem zeszywa się kikuty uda i podudzia.

55) Rost (Heidelberg) omawia wreszcie anatomiczne i fizyologiczne podstawy **ruchu robaczkowego jelita grubego.**

Zjazd chirurgów polskich

odbędzie się w tym roku w Krakowie w połowie grudnia tuż przed lub tuż po Zjeździe neurologów polskich. Bliższy termin ustalonym zostanie w październiku.

M. W. Herman, sekretarz. L. Rydygier, prezes.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich otrzymujemy następujące pisma:

W myśl uchwały ostatniego Walnego Zgromadzenia lekarzy galic. miało się odbyć następne Walne Zgromadzenie w czasie obrad drugiego Zjazdu austryackich lekarzy rządowych w Krakowie. W myśl tej uchwały naznaczono walne zgromadzenie na dzień 23. czerwca b. r. Kiedy nadeszła wiadomość że Zjazd odroczono na późniejszy nieoznaczony termin, uchwaliła d. 9. czerwca Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich, aby następne walne zgromadzenie odbyło się w drugiej połowie stycznia 1913 r. o czem powiadomiła wszystkie oddziały prowincyonalne. Pomimo odwołania odroczenia Zjazdu, Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. na posiedzeniu z dnia 17. czerwca, pozostała przy terminie styczniowym a to z następujących powodów: Już był czas za krótki aby ogłosić drukiem wyczerpujące sprawozdanie za ubiegłe półtora roku z czynności Towarzystwa i doręczyć je na kilka dni przed walnem Zgromadzeniem Delegatom; sprawa Morszyna na razie nie dojrzała, a spodziewać się należy, że do końca roku można będzie przedłożyć wnioski odpowiednie, wreszcie należy dążyć do tego, aby Walne Zgromadzenia odbywały się zawsze w terminie z góry oznaczonym i to w styczniu po zamknięciu i ogłoszeniu rachunków za rok ubiegły, co jest koniecznem, celem kontroli finansowej gospodarki. Uchwały zapadły na obu posiedzeniach Rady zawiadowczej jednogłośnie.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Stanisław Zabłocki, sekretarz. Machek, prezes.

Dr Adam Czyżewicz, lekarz, złożył imieniem swojem i rodzeństwa, pani Wandy z Czyżewiczów Roińskiej i Jana Czyżewicza, na ręce obecnego Prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich, kwotę 25.000 koron, z przeznaczeniem utworzenia »funduszu imienia Profesora Adama Czyżewicza«, który ma służyć na wsparcie ubogich wdów i sierot po lekarzach.

Profesor Adam Czyżewicz, był przez czas jakiś Prezesem Towarzystwa lekarzy galicyjskich i obok Biesiadeckiego, który je do życia powołał, zasłużył się wybitnie około organizacyi Towarzystwa, które obecnie gromadzi do 900 członków, przyczynia się znacznie do wydawnictwa dwu poważnych naukowych tygodników lekarskich i wspiera liczną rzeszę wdów i sierot po lekarzach.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Stanisław Zabłocki, sekretarz. Machek, prezes.

Kraków. Dziekanem Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. na rok 1912/13 został wybrany Prof. Dr Julian Nowak.

— Na ręce Redaktora głównego »Przeglądu lekarskiego« nadeszło pismo następujące:

»Senat akademicki Uniwersytetu lwowskiego składa Szanownej Redakcyi serdeczne i gorące podziekowanie za upamiętnienie naszego jubileuszu przez dedykacyę czasopisma »Rocznik lekarski«, który zachowamy wśród cennych pamiątek uroczystego obchodu, Rektor i Senat: L. Finkel«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. VI. do 29. VI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1, płonicy (1), odry 3, duru brzusznego 2 † 2, gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Lwów. Rektorem Uniwersytetu lwowskiego na rok 1912/13 został wybrany prof. fizyologii Dr Adolf Beck.

— Dziekanem Wydziału lek. Uniw. lwowskiego wybrano Prof. higieny Dra Pawła Kucerę.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 17. VI. do 24. VI. 1912 przypadków: ospy —, róży —. Dr Trenkner.

Mianowani: Doc. stomatologii i dentystyki na Wydz. lek. Uniw. lwowskiego Dr Teodor Bohosiewicz otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

Doc. okulistyki Dr Schreiber w Heidelberdze mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Prof. E. Kallius, dyrektor zakładu anatomicznego w Greisswaldzie powołany w miejscę ustępującego prof. L. Stiedy na katedrę anatomii do Królewca.

Nadzw. profesor psychiatryi w Monachium Dr A. Alzheimer powołany na dyrektora uniw. kliniki psychiatrycznej do Wrocławia.

Zmarli: W. J. Asdale, prof. ginekologii w Pittsburgu; Thornley Stoker, prof. anatomii w Dublinie; Dr S. W. Szydłowski, prof. higieny w akademii lekarsko-wojennej w Petersburgu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1912:

Gazeta lek. Nr. 22—26: Skłodowski: Przypadek zapalenia wielosurowicówkowego (22). — Karwica: O tak zwanej bronchiolitis obliterans (22—24). — Jaworski: Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy-Polaków w minionem stuleciu (22). — Horodyński: Przyczynek do chirurgicznego leczenia przedziurawienia żołądka (23—24). — Löwenstein: W sprawie położenia zaotrzewnego kątnicy i wyrostka robaczkowego w stanie zapalnym (24). — Klejn: Spostrzeżenia nad krwawiączką i jej leczeniem (25). — Karwicka (dok. 25). — Żebrowski i Bratkowski: Wpływ wody druskienickiej »Nasza« na wydzielanie soku żołądkowego (26). — Klein (c. d. 26). — Karwicka (dok. 26).

Medycyna i Kronika lek. Nr 22—26. Adres do Senatu Wszechnicy lwowskiej (22). — Bychowski: Przyczynki do rozpoznawania i chirurgicznego leczenia chorób mózgu (22—23). — Krukowski: Przypadek drżączki poraźnej w młodym wieku (22). — Hertz: W sprawie odporności czerwonych ciałek krwi normalnych i uczulonych (23). — Finck: O niektórych zaburzeniach diurezy w zależności od stanu ciśnienia tętniczego (24). — Springer: O wartości modyfikacyi odczynu Wassermanna dokonanej przez Dungerna i Hirszfelda (24). — Hertz i Mamrot: O hemoglobinuryi napadowej (25). — Kurella: Rzut oka na obecny stan leczenia przymiotu salwarsanem (25). — Hert i Mamrot (dok. 26). — Okuszko: Przypadek urazowego wypadnięcia pętli jelit przez kiszkę stolcową (26).

Tygodnik lek. Nr. 22—26: Szumowski: Z powodu jubileuszu uniwersytetu lwowskiego (22). — Popielski: O wewnętrznem wydzielaniu nadnerczy (22). — Wilenko: O wpływie adrenaliny na współczynnik oddychania (22). — Prus: O działaniu kokainy na serce (22). — Hornowski: Układ chromochłonny a złośliwe nowotwory (22). — Sieradzki: Niezwykły przypadek określenia genezy samobójstwa ze stanowiska lekarskiego w procesie sądowym (22). — Feuerstein: Doświadczenia na zwierzętach nad wpływem salwarsanu na przebieg niekiłowych zakażeń (22). — Gąsiorowski: O mętwiku podobnym do cholery (22). — Lenartowicz: O praktycznej wartości wiązania dopełniacza w chorobach przyrody rzeżączkowej (22). — Nowicki: Anatomiczny stan nerek przy adrelinowem zaburzeniu przemiany węglowodanów (22). — Gluziński: Kilka uwag o kile wątroby ze stanowiska klinicznego (22). — Wiczkowski: O pierwotnym raku płuc (22). — Ziembicki i Sabat: Przypadek z przetrwałym przewodem Botalliego i niezwykłym obrazem radioskopowym (22). — Raczyński: Cięcie tchawicowe poprzeczne w dławcu (22). — Progulski: Kilka słów o prątkach podobnych do grypy z uwzględnieniem własnych spostrzeżeń (22). — Czarnik: Przypadek przerostu mózgu u dziecka (22). — Berlstein: Znaczenie odczynu narządu przedsionkowego dla dyagnostyki różniczkowej schorzeń mózgowych (22). — Rydygier: Wycięcie odźwiernika bez szwu zwężającego (22). — Sabat: Przypadek twardzieli, wyleczony promieniami Roentgena (22). — Mars: Kilka uwag o częstotliwości i wnioski z wyników leczenia operacyjnego ciąży pozamacicznej (22). — Czyżewicz: Porównawcze wartości chłonne rozmaitych powierzchni ciała (22). — Machek: O operacyjnem leczeniu opadniętej powieki (22). — Reis: O mroczku środkowym wskutek spostrzegania zaćmienia słońca.—Hołodyński: Pierścieniowate zaćmienie przedniej części soczewki, powstałe skutkiem urazu (22). — Papée: O leczeniu szczepionką powikłań rzeżączkowych (22). — Cieszyński: Przyczynek do zdjęć zębów metodą wśródustną (22). — Modrakowski: O podstawowych zjawiskach anafilaktycznego wstrząsu (22). — Mikulski: Badanie uwagi umysłowo chorych (23—25). — Czyżewicz: Porównawcze wartości chłonne rozmaitych powierzchni ciała (c. d. 23—25).— Bednarski: O operacyach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego (26). — Giełczyński: Przypadek odmy opłucnowej śródpiersiowej i podskórnej w przebiegu oskrzelowego zapalenia płuc u oseska (26). — Grossek: O zimnicy w Żółkiewszczyźnie (26).

Postęp okulist. Nr. 4—5. Rumszewicz: Przyczynek do patologii mięsaków naczyniówki.

Kwartalnik stomatologiczny. Z. 2. Cieszyński (dok.). — Mischke: Jama ustna a ustrój, ich wzajemny stosunek. — Perliński: Ropotok zębodołowy. — Brenneisen, Gruszczyński, Mayer: Aseptyka i antyseptyka w dentystyce. — Piątkowski: Nowy sposób sporządzania pustych odlewów.

Kronika dentyst. Nr. 6: Zawidzki (c. d.).

Zdrowie Z. 6. Bujwid: Badania samooczyszczających własności wody rzeki Wisły. — Dobrzyński: O gospodarce samorządowej w sprawie mieszkań. — Certowicz: Opis Włocławka pod względem sanitarnym i higienicznym. — Zawadzki J.: Miasta nasze w świetle ankiety (c. d.).

Nowiny lek. Nr 6. Kraszewski: Cukry w wydzielinach ludzkich. — St. Łazarewicz: O krwawieniach t. zw. endometrycznych. — Klęsk: Z wrażeń lekarza szkolnego.

Przegląd higieniczny Nr. 6. Inż. Fonferko: Ozonizacya wody i powietrza (dok.).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 5—6. Głosy prasy o zdrojowiskach (5). — O przyszłość Zakopanego (5). — Sanatoryum Dr F. Michalika w Worochcie (6). — Ciechocinek (6). — Prywatne gimnazyum realne w Zakopanem (6).

Nasze zdroje Nr 11—13. Wszechnicy lwowskiej w 250 rocznicę jej założenia (11): — Wody szczawnickie (dok. 11). — Lewicki: O drogę do Żabia i Burkutu (11). — Zjazd higienistów w Włocławku (11). — Łaźnia słoneczna pomysłu Dr Tarnawskiego w Kosowie (11). — Przegląd zdrojowisk i uzdrowisk (11). — Lekarz niemiecki o »badach« (11). — Zabiegi delegacyi związkowej w Wiedniu (11). — Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk (12). — Skórczewski: Indywidualizm w leczeniu dyetą (12—13). — Epokowe odkrycie nowego źródła w Krynicy (12). — W sprawie kolonii wakacyjnych (12). — Albinowska: Pomoc rządowa dla zdrojowisk innych krajów (12). — Kęczkowska: Gdzie spędzić lato? (13). — Skórczewski (c. d. 13).

Głos lekarzy Nr 13 Mikołajski: Kasy chorych w Galicyi (13). — Mikołajski: Dur brzuszny we Lwowie (13). — Mikołajski: Z wycieczki do zdrojowisk krajowych (13).

Słowo lekarskie Nr 10—12. Stan szpitali w Galicyi (c. d. 10). — Grzybowski: Odpowiedź na gorzkie żale (10). — Piórko: Jeszcze słów kilka do art. Dr Leona Lustra (10). — Ankieta w sprawie zwalczania gruźlicy (11). — Statystyka austryackich kas chorych za 1909 (11). — Stan szpitali w Galicyi (12). — Luster: W sprawie projektu ustawy prasowej (12). — Z Wydziału gospodarczego austryackich Izb lekarskich (12). — »Podziękowanie dla c. k. obwodowej apteki w Przemyślu« (12).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Kwas acetylokreozotynowy jako środek przeciwgośćcowy. Prof. Dr E. Rautenberg (Mediz. Klinik. Berlin 1912. Nr 14). Niepożądane działania uboczne wszystkich przetworów salicylowych i u wielu chorych istniejący, często nieprzezwyciężny wstręt przed »salicylem« w jakiejkolwiek postaci, zbudziły chęć wyszukania środka wolnego od salicylu a równie dzielnie działającego przeciw gośćcowi. Zdaje się, iż cel wysiłków w tym kierunku udało się firmie Goedecke et Co. w Lipsku osiągnąć przez wyrób przetworu wszechstronnie przez autora wypróbowanego, t. j. kwasu acetylokreozotynowego, zwanego **Ervasin.** Środek ten wypróbowany został dokładnie u 46 chorych z oddziału wewnętrznego szpitalnego przy schorzeniach gośćcowych i nerwobólach. Ervasin wytwarza się z kwasu kreozotynowego, który jest homologon kwasu salicylowego, przez przyłączenie odtrutej grupy acetylowej, tworzy zatem kwas acetylokreozotynowy. Według badań Dra P. Jeserich'a jestto chemicznie jeduolite połączenie, krystalizujące w czworobocznych pryzmatach, rozpuszczalnych w eterze, alkoholu, chloroformie, nierozpuszczalnych we wodzie. Doświadczenia na królikach wykazały, że przetwór jest jeszcze mniej trujący niż aspiryna. Smak »ervasyny« jest tylko lekko kwaskowaty, przyjemniejszy niż aspiryny. Środek ten znoszono dobrze i nie sprawiał on zaburzeń apetytu, nudności, uczucia szumu w uszach. Wessanie erwasyny jest nader szybkie, ponieważ charakterystyczna reaksya chlorku żelaza w moczu występuje już po 25—30 minutach. Powtarzane badania moczu nadały dalej pewności, że przetwór ten w zwykłej ilości 4—6 gr. nie wywołuje uszkodzenia nerek: może być nawet w wielkich dawkach 8—10—12 gr. długo bez szkody podawany. Leczono 30 przypadków ostrego i podostrego gośćca stawowego, 9 przypadków z dolegliwościami z powodu nerwobólów, 7 przypadków gośćca mięśniowego. Z szybkiego działania erwasyny na gościec stawowy daje się najlepiej ocenić działanie lecznicze przetworu. Wyniki były nadzwyczaj zadowalniające i korzystne, tylko w bardzo ciężkich przypadkach chorobowych musiano zastosować natrium salicylicum. W bardzo ciężkiej polyarthritis stosowano jednak zamiast natrium salicylicum czasowo erwazynę, aby ominąć działanie drażniące na nerki wywołane przez salicyl. Z działaniem aspiryny można było zupełnie porównać działanie erwazyny w 22 przypadkach gośćca stawowego, leczonego w sposób zupełnie zadowalniający. Erwazynę przyjmowali chorzy chętnie. Także w innych schorzeniach gośćcowych (nerwobóle, bóle mięśniowe) było działanie erwazyny zupełnie zadowalniające. Przetwór wprowadzono w handel we flaszeczkach oryginalnych po 10:20 sztuk à 0,5. Hr. W.

Rok LI. Kraków, dnia 13. lipca 1912. Nr 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner).

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie IV.

Badanie wykonano na chorym G. lat 45, który przybył do kliniki 12/IV 1911 roku. Chory skarżył się głównie na bóle w rękach, szczególnie zaś w prawym stawie barkowym. Bóle te datowały się od lat kilku; oprócz tego cierpiał chory od czasu do czasu na bóle w dołku podsercowym; bóle te nie stały w żadnym związku ze spożywaniem pokarmów. Neurastenik, danych wskazujących na dziedziczność dny niema. Badanie przedmiotowe nie wykryło żadnych zmian, z wyjątkiem niewielkiego powiększenia wątroby. Ciepłota przez cały czas pobytu w klinice poniżej 37°. W moczu białka i cukru brak.

14/IV rozpoczęto dyetę bezpurynową, składającą się z 1 l. mleka, 30 gr ryżu lub łapszy, 30 gr masła, 100 do 120 gr jaj, 250—300 gr bułek, 16 gr cukru, 400 cm³ słabej herbaty i 1 pomarańczy. Przy tej dyecie chory otrzymywał na dobę około 80 gr białka, 80 gr tłuszczu, 250 gr węglowodanów, t. j. około 2000 kaloryi na dobę. W dni mięsne chory otrzymywał tę samą ilość, ale bez jaj, oprócz tego po 400 gr mięsa na dobę. Doświadczenie trwało od 14/IV do 4/V, t. j. 21 dni. Wyniki badania moczu zestawiono w tab. IV i na krzywej IV; wszystkie rozbiory w tem doświadczeniu są podwójne.

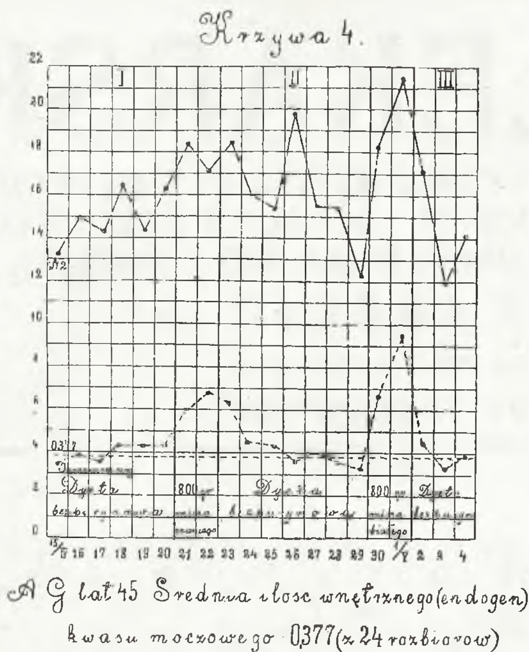
W doświadczeniu tem okres bezpurynowy trwał 7 dni; w ciągu tego okresu ilość ogólnego azotu wahała się między 16 i 13 gr na dobę, ilość kwasu moczowego szybko ustaliła się na nizkim poziomie, odpowiadającym ilości wnętrznego (endogen) kwasu moczowego. W ciągu następnych 2 dni mięsnych chory otrzymywał po 400 gr mięsa czarnego na dobę, przytem znacznie się zwiększyła ilość wydzielanego azotu i kwasu moczowego. Maximum wydzielania kwasu moczowego wypadło w 2 dniu mięsnym i wynosiło 0,675 gr. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, ciągnącego się 7 dni, ilość ogólna azotu zatrzymała się mniej więcej na tym samym poziomie, na jakim stała w pierwszym okresie bezpurynowym, ilość kwasu moczowego wróciła na 4. dzień do dawnego poziomu.

Następnie w ciągu 2 dni chory otrzymywał po 400 gr mięsa białego na dobę. Ilość azotu i kw. moczowego w tym przypadku znowu szybko się zwiększyła i maximum wydzielania wypadło w drugim dniu mięsnym.

Maximum wydzielania kwasu moczowego wynosiło 0,965 gr t. j. było znacznie większe, niż przy mięsie czarnem.

Tablica IV.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu		Ilość kwasu moczowego	
						średnio		średnio
15/IV	Bezpurynowa	1285	1015	Kwaśne	13·24 13·27	13·26	0·336	0·336
16	»	2010	1011		14·97	14·97	0·384 0·372	0·378
17	»	1425	1015		14·38 14·44	14·41	0·359 0·365	0·362
18	»	1200	1021		16·63	16·63	0·422 0·418	0·420
19	»	1295	1016		14·22 14·26	14·24	0·428	0·428
20	»	1212	1019		16·26 16·29	16·27	0·432 0·437	0·435
21	400 gr. mięsa czarnego	1080	1025		18·35 18·38	18·36	0·594 0·598	0·596
22	»	1120	1028		17·12 17·18	17·15	0·674 0·675	0·675
23	Bezpurynowa	1125	1026		18·65 18·62	18·63	0·619 0·614	0·616
24	»	1525	1016		15·93 15·89	15·91	0·436 0·436	0·436
25	»	1400	1017		15·48	15·48	0·420 0·408	0·414
26	»	1790	1010		19·80 19·85	19·82	0·347 0·353	0·350
27	»	1670	1013		15·55	15·55	0·393 0·393	0·393
28	»	1290	1016		15·53 15·53	15·53	0·363 0·368	0·365
29	»	1120	1015		12·23 12·23	12·23	0·320 0·322	0·321
30	400 gr. mięsa białego	1340	1021		18·16 18·11	18·13	0·664 0·969	0·666
1/V	»	1160	1030		21·55 21·53	21·54	0·669 0·962	0·965
2	Bezpurynowa	1510	1016		17·08 17·12	17·10	0·444 0·434	0·439
3	»	1630	1010		11·73 11·75	11·74	0·318 0·321	0·320
4	»	1180	1017		14·21 14·27	14·24	0·386 0·387	0·387



A G lat 45 Średnia ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego 0,377 (z 24 rozbiorów)

W ciągu następnego 3-dniowego okresu bezpurynowego ilość azotu i kwasu moczowego szybko wróciła do dawnej wysokości. Kwas moczowy już w 2 dniu wrócił do stanu prawidłowego. Widzimy, że i w tem doświadczeniu wydzielanie ogólnego azotu po mięsie czarnem odbywało się cokolwiek wolniej, niż po mięsie białem. Co do kwasu moczowego, to w tem, jak i w poprzedniem doświadczeniu maximum wydzielania było znacznie większe po mięsie białem, niż po czarnem. Wydzielanie kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz po mięsie czarnem trwało 5 dni (2 dni mięsne i 3 bezpurynowe); wydzielanie zaś kwasu moczowego po mięsie białem trwało 3 dni, (2 dni mięsne i 1 bezpurynowy). I tu więc daje się zauważyć pewne zwolnienie w wydzielaniu kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz po mięsie czarnem. Ilość wnętrznego kwasu moczowego w tem doświadczeniu wynosiła (średnio z 24 rozbiorów) 0,377 gr. Ilość kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz wynosiła po mięsie czarnem 0,852 gr, po mięsie białem 0,939 gr. W doświadczeniu tem po spożyciu mięsa wydzieliła się mniej więcej taka sama ilość kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz jak i w poprzednich doświadczeniach.

U naszego chorego nie widzimy znaczniejszych zaburzeń w przemianie kwasu moczowego, albowiem ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego znajduje się w granicach prawidłowych. Przemiana purynowa po spożyciu mięsa idzie także dosyć zadowalniająco. Chorego tego, podobnie jak poprzedniego, możemy do pewnego stopnia zaliczyć do typu ludzi o zwolnionej przemianie materyi.

W przytoczonych 4 przypadkach zbadaliśmy wpływ mięsa czarnego i białego u ludzi w wieku od 37—45 lat, t. j. w takim właśnie okresie, kiedy przemiana materyi zaczyna być jakby cokolwiek mniej dokładną i kiedy wyraźnie zaczyna występować skłonność do zwolnienia przemiany purynowej. We wszystkich tych przypadkach otrzymaliśmy jednakową różnicę w działaniu mięsa białego i czarnego. Zaciekawiało nas jeszcze pytanie, jak się zachowają względem mięsa białego i czarnego ludzie młodzi, u których okres wzrostu jeszcze się nie skończył? W tym celu przeprowadziliśmy badania w następujących dwóch przypadkach.

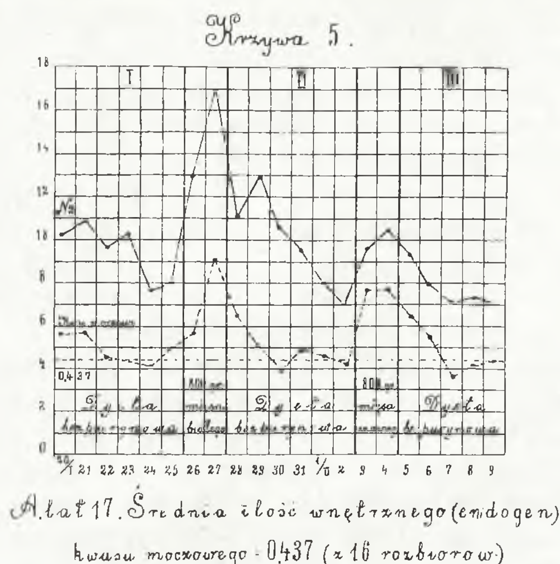
Doświadczenie V.

Badanie przeprowadzono na robotniku A. lat 17, któremu z powodu złamania nogi założono opatrunek ustalający na kończynę. Do tej pory był zawsze zdrów, ciepłota przez cały czas obserwacyi poniżej 37°, w moczu cukru i białka nie było. 21/I 1911 r. rozpoczęto dyetę bezpurynową, która składała się z 600 cm³ mleka, 400—500 gr bułki, 50 gr kaszy perłowej lub hreczanej, 30 gr masła, 50 gr łapszy, 32 gr cukru i 400 cm³ słabej herbaty. Przy takiej dyecie chory otrzymywał na dobę około 70 gr białka, 60 gr tłuszczu i 300 gr węglowodanów, co daje około 2000 kaloryi. W dni mięsne dostawał oprócz tego po 400 gr mięsa na dobę. Doświadczenie ciągnęło się od 21/I do 28/II t. j. 20 dni. Wyniki rozbiorów moczu przytoczono w tablicy I i na krzywej V. Wszystkie rozbiory w tem doświadczeniu są podwójne.

Pierwszy okres bezpurynowy trwał dni siedm. W ciągu tego okresu ilość ogólnego azotu i kwasu moczowego początkowo się obniżała, później zaś zatrzymała się na pewnym stałym poziomie. W ciągu następnych dwóch dni mięsnych, kiedy chory otrzymywał po 400 gr mięsa białego na dobę, ilość wydzielanego ogólnego azotu i kwasu moczowego znacznie się zwiększyła. Największe wydzielanie wypada w drugim dniu mięsnym. Maximum wydzielonego kwasu moczowego wynosiło 0,909 gr. W następnym okresie bezpurynowym, trwającym sześć dni, ilość ogólnego azotu i kwasu moczowego zaczęła spadać: ilość kwasu moczowego powróciła do poprzedniego poziomu na drugi dzień, ilość zaś azotu spadała ciągle do końca tego okresu.

Tablica V.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilośc azotu		Ilość kwasu moczowego	
						średnio		średnio
20/I	Bezpurynowa	1300	1019		10·38 10·44	10·41	0·567 0·557	0·562
21	»	1135	1024		10·80 10·83	10·81	0·576 0·567	0·571
22	»	1180	1020		9·64 9·58	9·61	0·436 0·465	0·450
23	»	1230	1017		10·15 10·12	10·13	—	—
24	»	1030	1021		7·61 7·56	7·58	0·419 0·406	0·412
25	»	1220	1018		8·16 8·19	8·18	0·492	0·492
26	400 gr mięsa białego	1710	1020		12·78 12·82	12·80	0·570 0·560	0·565
27	»	1350	1028		16·64 16·89	16·76	0·911 0·907	0·909
28	Bezpurynowa	1160	—		11·00 11·19	11·09	0·643 0·652	0·647
29	»	1295	1022		12·95	12·95	0·500 0·511	0·505
30	»	1020	1023	Kwaśne	10·61 10·67	10·64	0·394 0·402	0·398
31	»	1285	1020		9·53 9·35	9·44	0·485	0·485
1/II	»	1015	1022		8·04	8·04	0·456 0·456	0·456
2	»	730	1027		7·07 7·05	7·06	0·435	0·435
3	400 gr. mięsa czarnego	1040	1026		9·59 9·69	9·64	0·764 0·773	0·768
4	«	1350	1023		10·36 10·45	10·40	0·765 0·775	0·770
5	Bezpurynowa	1170	1020		9·46 9·40	9·43	0·638 0·648	0·643
6	«	1080	1018		7·95	7·95	0·458 0·454	0·456
7	«	985	1021		7·11 7·10	7·10	0·372 0·380	0·376
8	«	1144	1019		7·24	7·24	0·423	0·423
9	«	1025	1021		7·06 7·11	7·08	0·453 0·443	0·447



W ciągu następnych dwóch dni, kiedy chory otrzymywał po 400 gr mięsa czarnego na dobę, ilość ogólnego azotu i kwasu moczowego znowu się zwiększyła, chociaż nie doszła do wysokości spostrzeganej po mięsie białem.

Maximum wydzielania kwasu moczowego wypada w drugim dniu. Maximum wydzielania kwasu moczowego wynosiło 0,770 gr, choć już w pierwszym dniu, ilość wydzielonego kwasu moczowego była prawie taka sama, a mianowicie 0,768 gr. W następnym okresie bezpurynowym, ciągnącym się 4 dni, ilość azotu i kwasu moczowego znowu zaczęła spadać. Ilość kwasu moczowego wróciła do poprzedniego poziomu w drugim dniu.

Na przytoczonej krzywej widać, że i w tem doświadczeniu wydzielanie ogólnego azotu po mięsie czarnem szło cokolwiek wolniej, niż po mięsie białem. Co się tyczy kwasu moczowego, to i w tem doświadczeniu podobnie jak w poprzednich, maximum wydzielania kwasu moczowego po mięsie białem jest wyższe, niż po mięsie czarnem.

W przeciwieństwie do poprzednich doświadczeń, kwas moczowy w tem doświadczeniu, wydzielał się zarówno po mięsie białem jak i czarnem, w ciągu jednakowej ilości dni, t. j. w ciągu 4 dni (2 mięsnych i 2 bezpurynowych). Jednakowoż i tutaj można zauważyć cokolwiek zwolnione wydzielanie kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz (exogen) po mięsie czarnem: krzywa wydzielania nie jest tak spadzista, jak przy mięsie białem. Ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego w tem doświadczeniu wynosiła 0,437 gr (średnia z 16 analiz). Ilość kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz po mięsie białem = 0.876 gr, po czarnem 0,988 gr. W doświadczeniu tem ilość kwasu moczowego wnętrznego = 0,437 gr. Wyprowadzenie kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz po spożyciu mięsa nastąpiło stosunkowo prędko. Wobec tego możemy powiedzieć, że w danym przypadku purynowa przemiana materyi przebiegała prawidłowo, czego zresztą u zupełnie zdrowego człowieka można się było z góry spodziewać.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

Zupełnie inaczej jednak przedstawia się ta sprawa ze stanowiska lekarza, jako socyologa i higienisty, mającego dbać o polepszenie stosunków społecznych i ekonomicznych na drodze dążenia do udoskonalania i uzdrowienia rasy. Jeśli bowiem wyjdziemy z tego założenia, że większość dzieci urodzonych z takich kobiet będzie dziedzicznie obarczona i mało odporna w walce o byt, a skłonna do zapadania na najrozmaitsze choroby nerwowe i umysłowe, że więc te dzieci już niejako w życiu płodowem noszą zarodek owego przyszłego nieszczęścia nietylko dla siebie i swej rodziny, lecz także i dla całego społeczeństwa, wśród którego mają się rozwijać, to i tu w pewnej przynajmniej liczbie przypadków n. p. ciężkiego dziedzicznego obarczenia matki lub ojca, poważnych, długotrwałych i nieuleczalnych idyopatycznych chorób umysłowych i w przypadkach wrodzonego upośledzenia umysłu wywoływanie poronienia powinnoby być dozwolone i ustawowo uregulowane.

Dla uniknięcia jakiegokolwiek nieporozumienia podkreślamy wyraźnie, że tylko w przypadkach poważnych idyopatycznych chorób umysłowych z ciężkiem dziedzicznem obarczeniem, zwłaszcza obojga rodziców, i w przypadkach wrodzonego upośledzenia umysłu możnaby na razie myśleć o przerywaniu ciąży ze względu na dziedziczne obarczenie płodu i to także tylko przy ścisłem indywidualizowaniu każdego przypadku z osobna. Bo jakkolwiek i w tych przypadkach nawet urodzić się mogą dzieci pod względem umysłowym nieźle rozwinięte — chociaż zawsze prawie psychopatycznie obarczone — i takie, które nigdy nie zapadną na chorobę umysłową, to w przebiegu wszelkich innych psychoz nie mamy już żadnych danych, któreby nam pozwalały z góry wypowiadać zdanie o stanie psychicznym dzieci, zwłaszcza tam, gdzie przynajmniej jedno z rodziców nie jest umysłowo chore i nie pochodzi z rodziny pod względem nerwowym dziedzicznie obarczonej.

Nie możemy bowiem podzielać zdania Morela o koniecznem postępowaniu zwyrodnienia u potomstwa, wiedząc, że przez łączenie się osobników chorych i dziedzicznie obarczonych z jednostkami zdrowemi i nieobciążonemi zacierają się znowu i uzupełniają nieraz najrozmaitsze braki.

W każdym razie sądzimy, że jakkolwiek sprawa przenoszenia się chorób umysłowych na potomstwo nie jest jeszcze jasna i dojrzała, to jednak godna już dzisiaj traktowania ze stanowiska lekarsko-prawniczego. Jakkolwiek bowiem wszelkie wnioski, jakie wysnuwamy z dzisiejszych metod badania, są dla tej sprawy bardzo jeszcze niedostateczne, tak że nawet w przypadkach najdalej posuniętej choroby umysłowej rodziców lekarz psychiatra nie może z wszelką pewnością mówić o stanie umysłowym mającego urodzić się płodu, to jednak, ponieważ już wszyscy godzimy się na to, że sprawa dziedziczenia chorób nerwowych i umysłowych nie należy więcej do rzędu przypuszczeń, lecz że została niezbicie dowiedziona na podstawie długoletnich rzeczowych spostrzeżeń, przeto nie można i nie powinno się naszem zdaniem zupełnie jej pomijać przy omawianiu wskazań do przerwania ciąży.

Bardzo ciekawe i śmiałe jest stanowisko, jakie zajął w tej sprawie Gross [1]) z Pragi na posiedzeniu Stowarzysze-

---

[1]) Inwiefern ist beim Vorliegen einer Neurose oder Psy-

nia psychiatrów i neurologów w Wiedniu. Sądzi on mianowicie, że dotąd przecenialiśmy wartość i znaczenie poszczególnych jednostek, i to tak dalece, że zdawało nam się, iż nieurodzony nawet jeszcze płód ma wszelkie prawo być w przyszłości ciężarem swojej rodziny i społeczeństwa, a to przez swoją nieudolność tak fizyczną, jak i psychiczną. Przyszłe jednak pokolenie zajmie inne stanowisko wobec mającego dopiero urodzić się dziecka o nieznanej nam zupełnie, a często lichej jakości i zwróci swą uwagę przedewszystkiem na szczęście rodziny i dobro społeczeństwa, wśród którego ono ma się rozwijać, a które chętnie zrzeka się jednostek dziedzicznie obarczonych bez pełnej wartości człowieka.

Nawet Haberda [2]), który, idąc za głosem większości lekarzy, uważą wzniecanie poronienia ze względu na jakość płodu przy obecnym stanie naszej wiedzy o dziedziczności za niedopuszczalne, sądzi jednak, że w pewnych przypadkach możnaby już dzisiaj poprzeć wskazanie w sposób naukowy, a to tam mianowicie, gdzie jest widoczne obarczenie w szeregu wstępującym i gdzie rodzice wydali na świat kilkoro psychicznie i cieleśnie zwyrodniałych lub nawet umysłowo chorych dzieci.

W każdym jednak razie nie możemy przy dzisiejszych naszych wiadomościach o dziedziczeniu chorób umysłowych z wyjątkiem tych przypadków, o których wspomnieliśmy poprzednio, w żadnym innym z czystem sumieniem doradzać spędzenia płodu. I to mimo, że chciałoby się zapobiedz zwyrodnieniu rasy i zmniejszyć na tej przynajmniej drodze szkodę zarówno materyalną, jak i duchową, którą niewątpliwie sprawiają choroby umysłowe w każdem społeczeństwie, a zwłaszcza w naszem, w którem przy braku odpowiednio zorganizowanej i szeroko pomyślanej opieki nad umysłowo chorymi, chorzy ci, przedewszystkiem w klasach średnio zamożnych, trzymając niejednokrotnie w szachu całą rodzinę, stają się dla niej bardzo często przyczyną ruiny materyalnej.

Rozumiemy, że nie tędy droga do udoskonalenia rasy, że to, czego żądamy, byłoby zaledwie cząstką tego, co czynić należy dla urzeczywistnienia tego tak szczytnego celu. Dopóki jednak nie znajdziemy w społeczeństwie zrozumienia, że od małżeństwa usuwać należy wszystkie te jednostki, które kiedykolwiek zapadały na jedną z chorób umysłowych, a to przedewszystkiem idyopatycznych, jak i tych, którzy cierpią na padaczkę, ciężką histeryę lub są neuropatycznie, względnie psychopatycznie obarczeni, dopóki nie zostanie wprowadzona ustawa, dozwalająca a nawet nakazująca wytrzebienie, względnie sterylizacyę wszystkich zwyrodniałych i umysłowo a nieuleczalnie chorych, dopóty powinniśmy zapobiegać złemu przynajmniej na drodze przerywania ciąży w wyżej wymienionych chorobach umysłowych.

Jak piekącą jest ta sprawa, za tem najlepiej przemawia to, że w jednym ze Stanów Ameryki Północnej (Connecticut) uchwalono przed niespełna dwoma laty prawo, mocą którego mają być sterylizowani wszyscy nawykowi przestępcy i umysłowo a nieuleczalnie chorzy w karnych i państwowych zakładach leczniczych. W państwie Indiana przyjęto jeszcze w marcu 1907 ustawę, mocą której można sterylizować w zakładach nawykowych zbrodniarzy, głuptaków, umysłowo niedołężnych i wykraczających przeciw moralności, np. sadystów i innych. I w państwie Oregon przyjęto w obu Izbach ustawę podobnej treści, która jednak na razie ze względów czysto formalnych odrzucona została przez gubernatora tegoż państwa. Na dorocznym wreszcie zjeździe psychiatrów szwajcarskich w Wil jeszcze w r. 1905 oświadczyli się zebrani jednomyślnie ze sterylizacyą umysłowo-chorych ze względów społecznych na drodze ustawy państwowej, a nawet od kilku już lat stosowane tam bywają wytrzebienie i sterylizacya w tych przynajmniej przypadkach, w których daje się uzyskać potrzebne dla tych zabiegów zezwolenie władz, rodziców, względnie opiekuna, a nawet i samych chorych [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

chose künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft medizinisch indiziert und juristisch gestattet? Wiener med. Wochen. 1905, Nr 10.

[2]) Ueber Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt. Wien. klin. Wochen. 1905, Nr 10.

[1]) Oberholzer. Kastration u. Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Jurist.-psychiat. Grenzfragen 1911.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Burzi: **Działanie salwarsanu na układ sercowo-naczyniowy.** (La Riforma Medica Nr XI. 1912). B. rozróżnia zmiany przedmiotowe i podmiotowe; z objawów podmiotowych, naogół skąpych i nie wybitnych, notował przedewszystkiem kołatanie serca i rozmaitego rodzaju sensacye w jego okolicy, mniej lub więcej bolesne. Kołatanie było stosunkowo rzadkie i o średniem natężeniu, już to z przyspieszeniem akcyi serca, jużto bez i występowało zwykle po drugiej injekcyi; ciężkie napady kołatania z następowem rozszerzeniem komór sercowych występowały jednak tylko po wstrzykiwaniach śródmięśniowych (przyp. ref.). Sensacye ograniczały się do uczucia kłucia, tępego bólu z przeczulicą skóry na przedniej stronie klatki piersiowej, uczucia ściskania, gniecenia i t. p. W rzędzie zmian przedmiotowych pierwsze miejsce zajmuje zachowanie się ciśnienia tętniczego; oznaczane przyrządem Riva-Rocciego, tylko w drobnej ilości przypadków nie ulegało zmianie; w 19% uległo zwiększeniu o 8—15 mm Hg, w olbrzymiej zaś większości zachodził spadek ciśnienia średnio o 15mm Hg, i to już kilka godzin po injekcyi śródżylnej, 1—2 dni po injekcyi śródmięśniowej, a jeszcze później i o znacznie słabszem nasileniu po injekcyi podskórnej; spadek ciśnienia utrzymywał się 1—4 dni, czasem nawet dłużej, zwłaszcza po wstrzykiwaniach śródmięśniowych; obniżeniu ciśnienia nie towarzyszyły zazwyczaj żadne zmiany ani przedmiotowe, ani podmiotowe. Przyspieszenie akcyi serca, po wykluczeniu wszelkich innych przyczyn mogących je wywołać, a więc zależne tylko od 606, było stosunkowo rzadkie (18%), przyczem nie było żadnego stosunku między niem, a ciepłotą, prawie stale podwyższoną po użyciu salwarsanu; pojawiało się ono prawie zawsze nagle, czasem już parę godzin po injekcyi, czasem dopiero parę dni i ustępowało już to przełomem, już to zwolna. Najwybitniejsze było po injekcyach podskórnych i śródmięśniowych, najmniejsze po śródżylnych. Nieregularność tętna była również rzadka i miała zwykle przejściowy charakter; występowała albo w postaci arytmii (niemiarowości) w ścisłem tego słowa znaczeniu, albo jako innomiarowość

(allorhythmia), albo też jako skurcze dodatkowe (extrasystole). W rzadkich przypadkach spostrzegał B. szmery skurczowe nad koniuszkiem serca, krótko trwające, które odnosił do niedomogi czynnościowej zastawki dwudzielnej; w nader nielicznych przypadkach zauważył wybitne zwolnienie tętna, prawdziwe tj. niezależne od extrasystoli. Co się tyczy przyczyny tych objawów, to, odnośnie do objawów podmiotowych, ze względu na to, że zachodziły one stale u osobników neuropatycznych, przychodzi B. do wniosku, że salwarsan był tutaj tylko czynnikiem wyzwalającym, potęgującym; na dowód tego przytacza fakt, że nie było żadnego stosunku między dawką, a nasileniem objawów. Powstawanie zaś objawów przedmiotowych, zwłaszcza bradykardyi, tłumaczy nie działaniem leku, jako takiego, lecz twierdzi, że są one wyrazem odczynu swoistych spraw ukrytych, a wywołanych dopiero działaniem salwarsanu, czyli, że trzeba je sobie tłómaczyć jako odczyn Herxheimera. Podobne uzasadnienie znajdują według niego i inne objawy występujące w zakresie układu nerwowego po użyciu 606, jak nerwobóle, zapad, napady padaczkowe porażenia nerwów ośrodkowych i w. i.

Dr T. Tempka.

Prof. Sandro. **Odchylenie komplementu w przebiegu bąblowca, dokonane także zapomocą układu hemolitycznego L. Ferranniniego.** (La Riforma Medica Nr XII 1912 r.). W większości przypadków rozpoznanie bąblowca wątroby nie przedstawia przy uwzględnieniu wszelkich okoliczności wielkich trudności, czasem jednak jest nader ciężkie; i tak spostrzegano przypadki torbieli wątroby uszypułowanych, które znajdowały się już to w lewem podżebrzu, już to w okolicy talerzy biodrowych, lub też wypychały przeponę ku górze, naśladując wysięki opłucnowe, dlatego też każdy nowy środek rozpoznawczy w tym względzie ma wielkie znaczenie. Jednak eozynofilia, często spotykana w przebiegu bąblowca, a dochodząca czasem wysokości niebywałej (68·3% wszystkich leukocytów—Palazzo), nie jest momentem rozstrzygającym, gdyż czasem brak jej przy bąblowcu, a zachodzi przy innych schorzeniach. Natomiast w ostatnich czasach nabrała wielkiego znaczenia serodiagnoza bąblowca; cały szereg autorów, w pierwszym rzędzie Weinberg, (Sandro twierdzi, że Ghedini) wykazali, że surowica krwi osób cierpiących na bąblowca zawiera swoiste przeciwciała, które można wykazać sposobem Bordet'a i Gengou, posługując się jako antigenem, płynem wydobytym z cysty bąblowcowej barana, lub innego zwierzęcia, względnie człowieka. Reakcya ta znana jest pod nazwą reakcyi Weinberga, a że według większości autorów występuje dodatnio w $^9/_{10}$ przypadków, więc należy jej przyznać swoistość; trzeba jednak zauważyć, że ujemny jej wynik, co zresztą rzadko zachodzi, nie ma znaczenia rozstrzygającego, podobnie, jak ujemny wynik odczynu Wassermanna przy kile. Sandro przeprowadzał doświadczenia nad zachowaniem się odczynu Weinberga, u osób z bąblowcem, nietylko wobec zwykłego układu hemolitycznego (surowica hemolityczna królika i krwinki barana), lecz także i wobec układu L. Ferranniniego (świeża surowica krwi węgorza i krwinki królika), stwierdził, że oba układy nadają się dobrze do reakcyi, tylko że system F. daje w przypadkach ujemnego wyniku, słabszą hemolizę, ma jednak tę dogodność, że można go szybko sporządzić. S. otrzymywał dodatni wynik reakcyi, nawet, gdy torbiel uległa zropnieniu, jak również jeszcze dłuższy czas po zupełnem usunięciu cysty przez chirurga; nadto doszedł do wniosku, że nie zachodzi żaden stosunek między wynikiem odczynu a eozynofilią, gdyż ta ostatnia może być bardzo wybitna, a pierwsza brakować i na odwrót.

Dr T. Tempka.

Prof. Winternitz: **Chineonal, nowy środek uspokajający.** (Med. Kl. 1912 Nr 15). Chinina ma działanie nietylko przeciwgorączkowe ale także swoiste, n. p. przy malaryi, także przy tyfusie, influenzy i septycznym gośćcu stawowym zdaje się mieć swe specyficzne działanie. Autor w ostatnich dwu latach chcąc uspokająco podziałać na chorego gorączkującego, przytem zachowującego się niespokojnie, podawał kombinacyę chininy z weronalem i chwali bardzo skutek z podawania tychże. Chinina posiadająca własności zasady łączy się chemicznie z weronalem jako kwasem. Fabryka Merck łączy oba środki pod nazwą chineonal. Połączenie to zdaje się autorowi być znacznie lepsze od kombinacyi Noordena, wedle którego małe dawki weronalu z phenacetyną równają się wielkim dawkom weronalu. Chineonal jestto proszek biały, który nie drażni błony śluzowej żołądka, a podawać go można przez dłuższy czas w dawce 0·6 do 0·75 u chorych gorączkujących majaczących lub dla złagodzenia bólów. Uboczne działania chininy nawet przy dłuższem podawaniu tego środka nie występują wcale. Obok swego zastosowania przy chorobach gorączkowych, poleca ją autor wogóle jako środek uspokajająco działający na nerwy, tak że kojący bóle przy newralgiach. Przy kokluszu, chorobie morskiej, oddawna chinina stosowaną była, a w najnowszych znów czasach Francuzi polecają też weronal do zwalczania »mal de mer«, tak, iż autor radzi kombinacyę z obu środków.

Mondschein.

H. Lüdke: **Leczenie tyfusu brzusznego surowicą.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 17). Warunkiem skutecznego działania surowicy przeciwdurowej jest według Lüdkego: 1) stosowanie surowicy we wczesnym okresie (w pierwszych ośmiu dniach); 2) wstrzykiwania śródżylne lub śródmięśniowe; 3) duże dawki jednorazowe, lub jeśli małe, to powtórzone kilkakrotnie. Celem uniknięcia objawów anafilaksyi u chorych leczonych już surowicą końską dyfterytyczną w przebiegu poprzednio przebytej dyfteryi stosował autor surowicę uodparniającą otrzymaną z kóz.

W licznych przypadkach zauważył L. po zastosowaniu surowicy opadanie gorączki, zwolnienie i lepsze napięcie tętna, zwiększanie się diurezy i ustępowanie biegunek. Najlepszy leczniczy wynik otrzymywał wówczas, jeśli wstrzykiwał surowicę działającą zarówno bakteryobójczo jak też i neutralizująco na jady.

M. Sokołowski.

Heringer: **O działaniu środków moczopędnych i nasercowych u chorych na nerki.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 20). Działanie środków moczopędnych i nasercowych u ludzi chorych na nerki zależne jest od stanu naczyń nerkowych. W wypadkach nieznacznych zmian w naczyniach wystarczają już b. małe dawki do zwiększenia diurezy, natomiast w miarę im naczynia więcej ucierpiały, tem silniejszych potrzeba podniet do wywołania pożądanego skutku terapeutycznego. W razie szybkiego oddziaływania nerek na środki moczopędne zwraca autor uwagę na ważność stosowania diuretyków tylko co pewien czas i to w małych dawkach (raz dziennie 0,50 diuretyny, 0,10 theocyny, 0,05 naparstnicy i t. p.); szybką reakcyę nerek uważa przytem za objaw ważny i w rokowaniu pomyślny.

Sokołowska.

Fischer i Meyer-Betz: **O zachowaniu się hemibilirubiny u człowieka zdrowego i chorego na wątrobę.** (Münch. med. Woch. Nr 15). W moczu patologicznym pierwszy Jaffe odkrył urobilinę i jej znamienne własności. Przypuszczał on, że jest to produkt pochodny barwików żółciowych (udowodnił to później Fr. Müller) i że znajduje się pierwotnie w moczu jako urobilinogen a dopiero następowo przechodzi w urobilinę. Dalszym znacznym postępem w tej kwestyi było spostrzeżenie Ehrlicha, że niektóre patologiczne mocze z dimethylamidobenzaldedehydem w rozczynie kwasu solnego zabarwiają się czerwono. Neubauer wykazał, że jest to reakcya urobilinogenowa, przez co badanie moczu w tym kierunku bardzo zostało uproszczone. Następnie Städelerowi, Maly'mu i innym na drodze redukcyjnej udało się otrzymać z bilirubiny kryształy hemibilirubiny, wykazującej wszystkie własności urobilinogenu i przechodzącej przy rozkładzie w barwik dający charakterystyczne reakcye urobiliny.

Fischer i Meyer-Betz chcąc poznać stosunek zacho-

dzący między wydzielaniem się urobiliny w moczu a zmianami czynnościowemi wątroby, podawali ludziom zdrowym i chorym na wątrobę hemibilirubinę (0,20), lub ciała stojące w związku z urobiliną (żółć świni 40—120 cm) i badali następnie mocz na obecność urobiliny. Badania te stwierdziły u ludzi zdrowych stosunkowo b. słabą, u ludzi chorych na wątrobę natomiast b. wyraźną reakcyę na urobilinogen. Różnicę tę da się wytłómaczyć zdolnością zdrowej wątroby przemieniania, względnie zatrzymywania urobiliny z ogólnego krążenia; zdolność, którą wątroba chora traci i to w tem wyższym stopniu, im więcej sama jest patologicznie zmieniona. Sokołowska.

Pedyatrya.

Lenzman: **Wpływ śródżylnie lub podskórnie wstrzykniętego salwarsanu na płonicę.** (Med. Klinik 1912 Nr 17). Wspomniawszy mimochodem o nader dodatnim wpływie salwarsanu na rozmaite schorzenia jamy ust, jak zapalenie Plaut-Vincenta, zapalenie dziąseł przy gnilcu, zapalenie dziąseł wrzodziejące i t. p. omawia autor, opierając się na swoich 20 przypadkach, leczonych salwarsanem, wpływ jego na płonicę. L. stosuje go w zasadowym roztworze śródżylnie u dzieci od 3—8 lat w dawce 0·1, u dzieci 8—15 lat 0·15, wyżej 15 lat 0·2. Zamiast śródżylnie stosuje go L. podskórnie (zwykłą strzykawką 10 cm^3) w tejże dawce u dzieci, u których z powodu bardzo delikatnego i wązkiego układu krwionośnego trudno do żyły trafić. Podskórnie wstrzykuje L. salwarsan, również w roztworze zasadowym bardzo rozcieńczonym (150 cm^3 Nacl). Śródmiąższowe wstrzykiwania nie nadają się: 1) z powodu powolnego działania, 2) z powodu niemożności sprawdzenia, czy cała dawka dostała się do obiegu krwi. L. uzyskał bardzo dobry skutek z tych wstrzykiwań. Stosował je zawsze w płonicy ciężkiej i bardzo ciężkiej (krwotocznej). Po wstrzyknięciu po bezpośredniem krótkotrwałem podniesieniu się ciepłoty spostrzegał L. spadek jej przeszło o $1/2$ stopnia pierwszego dnia, drugiego po ponownem wstrzyknięciu tejże dawki lub połowy (zależnie od tętna) o 1—2 stopni; trzeciego dnia ciepłota nie przekraczała lub tylko nieznacznie 38°. Salwarsan działa też bardzo dodatnio na stan ogólny; wymioty, biegunka i krwawienie z nosa ustają, a przedewszystkiem najbardziej uderza w oczy rychłe ustępowanie zmian zapalnych i szybkie oczyszczanie się gardła z błon zgorzelinowych, a, co z tem idzie w parze, lepsze łykanie.

Także zapalenie i obrzęk gruczołów chłonnych na szyi zmniejsza się rychło. Raz tylko i to u dziecka dotkniętego przerostem trzeciego migdałka wystąpiło zapalenie ucha środkowego. Nerki nie bywały zajęte, mocz nigdy nie zawierał białka. L. wstrzykuje salwarsan codzień trzy, najwyżej 4 razy, kierując się przytem tętnem. Wyższych dawek nie stosował, nie spodziewałby się jednak i przy nich zupełnego wyleczenia po jednorazowem wstrzyknięciu (jak to się dzieje w durze powrotnym), ponieważ zarazki płonicy gnieżdżące się w narządach wewnętrznych i w powłokach ciała trudno są dostępne dla salwarsanu; inaczej ma się rzecz w durze powrotnym, gdzie zarazek krąży we krwi. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 27. II. 1912 r.

1) Kol. Jasieński przedstawia chorego J. P. lat 21. Choroba rozpoczęła się silnym bólem głowy i zawrotami we wrześniu 1911. Objawy te po tygodniu ustąpiły, poczem powróciły z większem nasileniem z początkiem stycznia 1912. Stan stale pogarszał się, a z początkiem lutego dołączyło się upośledzenie wzroku. Chory zgłosił się w dniu 17. II. z prośbą o poradę. Wywiady nie wykazują obciążenia dziedzicznego. Chory miernie używał alkoholu. Od 17 r. życia od czasu do czasu napady drgawek, połączone z utratą przytomności, o charakterze padaczkowym. Napadów takich miał wszystkich razem około 20; — od roku ustały. Badanie fizyczne wykazało: tarczę zastoinową w obu oczach, wzrok na lewem oku zniesiony, prawem okiem liczy chory palce na odległość 3 metr. Źrenice znacznie rozszerzone, zwłaszcza prawa. Oddziaływanie tak wprost, współczulne, jak i akomodacyjne w małym stopniu zachowane. Odruch rogówkowy nieco słabszy po stronie prawej. Nieznaczne poziome drżenie oczu. Zez zbieżny oka prawego. Język nieco zbacza na prawo. Szum w uchu lewem, badanie otyatryczne nie wykazało jednak zmian w nerwach słuchowych. Przy dotykaniu i opukiwaniu czaszki bolesność znacznego stopnia w okolicy lewego guza kości bocznej, jako objaw stały. Nerw twarzowy prawy niedowładny. Gałązki dolne zajęte wyraźniej, gałązka górna wątpliwa. Badanie elektryczne nie wykazało zwyrodnień mięśni twarzy. Ślad bezładu w ręce prawej. Adiadokokineza zaznaczona nieco w ręce prawej. Siła ręki prawej 20, lewej 15. Ruchy kończyn górnych wydatne, napięcie prawidłowe. Odruchy brzuszne, jądrowe zachowane, słabsze prawostronnie. Odruchy kolanowe mało żywe, równe obustronnie. Odruch stopowy lewy nieco żywszy. Odruch podeszwowy prawidłowy. Ruchy kończyn dolnych wydatne, napięcie prawidłowe. Objawu Babińskiego, Mendla, bezładu w kończynach dolnych, objawu Romberga, zaburzeń czucia, jakoteż czucia głębokiego nie ma. Chory chodzi prawidłowo, przy zwrotach zatacza się nieco w stronę lewą. Tętno: 64, równe. Zmiana usposobienia od czasu choroby, chory znajduje się w stanie dość znacznej apatyi. Rozpoznano: **guz mózgu.** Co do lokalizacyi rozpoznanie wahać się może między guzem w korze mózgowej w płacie ciemieniowym lewym, w miejscu odpowiadającem ograniczonej bolesności, a guzem w zakątku mostowo-móżdżkowym po stronie prawej.

W dyskusyi podnosi Landau, że za lokalizacyą w płacie ciemieniowym lewym przemawiałaby wybitna i stale utrzymująca się ograniczona bolesność, większa tarcza zastoinowa po stronie lewej, porażenie nerwu twarzowego prawego, które można wziąć za ośrodkowe, ponieważ leciutkie osłabienie górnej gałązki spostrzegane bywa i przy ośrodkowem zajęciu nerwu, zbaczanie języka w stronę prawą, które obecnie jest minimalne i bezład (niedowład) w ręce prawej. W takim razie porażenie prawostronnych nn. III (szersza źrenica na tem oku, mimo, że chory okiem tem jeszcze widzi, podczas gdy na oku lewem V=0) i VI. należałoby uważać za objawy pochodzące z ucisku. Za okolicą prawą przemawiałoby porażenie n. VII., o ile je wziąć za obwodowe, porażenie n. VI. i adiadokokineza.

Piltz podnosi, że za stroną lewą przemawiają następujące objawy: niedowład prawego n. VII., lekkie osłabienie i bezład kończyny górnej prawej, osłabienie odruchu brzusznego (i podeszwowego) po tej stronie i bolesność w okolicy kości ciemieniowej lewej. Przeciwko stronie prawej przemawia jeszcze brak bezładu móżdżkowego, wreszcie trudno byłoby wytłomaczyć sobie niedowład n. VI. prawego przy siedzibie po stronie prawej.

Co do siedziby nowotworu w lewej półkuli, to wobec połowiczego charakteru tych objawów, należy przypuszczać, że nowotwór znajduje się w głębi półkuli i wywiera pewien ucisk na torebkę wewnętrzną.

Rydel natomiast jest tego zdania, że z wyjątkiem bólu po stronie lewej, na którym to objawie polegać wyłącznie nie można, wszystkie inne objawy siedziby lewostronnej są minimalne, w porównaniu z porażeniem nn. VI. i VII., które bierze za obwodowe. Zachowanie języka przemawiałoby również za stroną prawą. Za okolicą móżdż-

kową przemawiałoby również wczesne pojawienie się bólów, zawrotów głowy, tarczy zastoinowej i ślepoty, wreszcie i osłabienie odruchu rogówkowego i spojówkowego i bóle w prawej połowie twarzy. Skłania się zatem do rozpoznania nowotworu w zagłębieniu mostowo-móżdżkowem po stronie prawej.

Łuniewski zwraca uwagę, że wobec rozsianych objawów należałoby również może myśleć o wągrze mózgu (cysticercus).

Co do tarczy zastoinowej podnosi Landau, że jest ona w tym przypadku znaczniejsza po stronie lewej, a statystyka, zwłaszcza Horsleya, wykazuje, że tarcza zastoinowa bywa zwykle wybitniejsza po stronie nowotworu.

Wykonany później rentgenogram wykazał ścieńczenie kości i cień w okolicy ciemieniowej po stronie lewej, wobec czego dokonał prof. Kader po tej stronie operacyi dekompresyjnej w dniu 5. marca b. r. Po odsłonięciu czaszki znaleziono w tem miejscu guz torbielowaty. Z powodu zbyt silnego krwawienia odłożono wyłuszczenie samego guza na później. Stan po operacyi niezmieniony, wysokość tarczy zastoinowej ta sama, V=O. 26 marca dokonał prof. Kader wyłuszczenia nowotworu wielkości mandarynki miejscami twardszej, miejscami wiotszej zbitości. Pobieżne zbadanie przemawiało za glejomięsakiem (gliosarcoma). W 16 dni po operacyi stan chorego był następujący: Bóle głowy utrzymują się dalej, nasilenie ich jest jednak znacznie mniejsze; V—O; porażenie prawostronne miernego stopnia; tętno do 90; wymiotów niema; zaburzenia czucia o charakterze połowicznym, zaburzenia czucia głębokiego co do stawu nadgarstkowego i łokciowego po stronie prawej. Stan podmiotowy zmienny. W 4 tygodnie po operacyi stan podmiotowy znacznie lepszy. Bóle głowy znacznie mniejsze; porażenie nerwu VI. ustąpiło. Chory obecnie już siada i chodzi, powłócząc lekko nogą prawą.

2) Rydel przedstawia chorego, już raz przed pół rokiem przedstawianego, u którego obok niewątpliwych **zmian kiłowych** toczy się sprawa alkoholowa, przypominająca **zbiór objawów Korsakowa.** Obecnie objawy polineurotyczne coraz bardziej ustępują, a mianowicie nieistniejące odruchy kolanowe pojawiły się z powrotem, bóle zniknęły, także bezład ustąpił, natomiast zaburzenia pamięci utrzymują się jeszcze, aczkolwiek w słabszym może już stopniu.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

Protokół 81. Ogóln. Zebrania Członków Towarzystwa lekarskiego radomskiego dnia 24. lutego 1912 r.

Obecnych 20 członków.

Na przewodniczącego Zebrania wybrany kol. H. Fidler.

Kol. Przewodniczący odczytuje korespondencyę: zatwierdzenie przez gubernatora wyborów na członków Zarządu kol. Kossaka i Rakowskiego oraz na członka komisyi rewizyjnej p. Łagodzińskiego; telegram kol. Dobruckiego z Lublina o niemożności przybycia na Zebranie z odczytem »Współczesny pogląd na leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego«; odezwę komitetu Wystawy hygienicznej Wszechsłowiańskiej w Petersburgu oraz Zmiany, poczynione podczas ostatecznej rewizyi Ustawy Szpitala dziecięcego im. hr. Ożarowskich w Radomiu na posiedzeniu dnia 22. stycznia 1912 r. w obecności członków Zarządu szpitala oraz delegatów Towarzystwa lekarskiego radomskiego. Ustawa ta brzmi:

Ustawa prywatnego szpitala dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich.

I. Przeznaczenie szpitala.

§ 1. Szpital dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich przeznaczony jest dla leczenia dzieci do lat czternastu z pierwszeństwem dla dzieci włościan wsi Brzóza z pow. Kozienickiego. Szpital posiada ambulatoryum dla udzielania porad przychodzącym chorym, szczepienia ospy i t. d. Ma prawo przy ambulatoryum urządzać porady dla niemowląt i rozdawnictwo mleka (kropla mleka). Szpital posiada aptekę bez prawa sprzedaży lekarstw.

§ 2. Ilość dzieci chorych w szpitalu oznacza jego Zarząd zależnie od ilości miejsc i zasobów materyalnych.

II. Zarząd szpitala.

§ 3. Szpital podlega nadzorowi Radomskiej Rady Gubernialnej Dobroczynności Publicznej pod względem lekarsko-policyjnym, a to stosownie do § 361 Ustawy o Dobroczynności Publicznej.

§ 4. Szpital pozostaje pod kierownictwem Zarządu, składającego się z 10 członków, w liczbie których winien być przynajmniej jeden lekarz miejscowy. Członkowie Zarządu z pośród siebie wybierają prezesa, wiceprezesa, skarbnika i sekretarza; prócz tego członkiem Zarządu szpitala jest jego naczelny lekarz.

Na miejsce członka zmarłego lub ustępującego z powodu niemożności pełnienia obowiązków Zarząd powołuje z pośród osób obojga płci członka nowego według swego uznania, o ile osoba powołana wyrazi na to swoją zgodę.

Uwaga I. Pierwszy Zarząd Szpitala składać się będzie z 10 osób, powołanych przez Jana hrabiego Zamoyskiego i Kazimierza Olszowskiego adwokata przysięgłego, jako egzekutorów testamentu własnoręcznego ś. p. Adeli hr. Ożarowskiej z dnia 25. maja 1910 r., z zapisu której szpital założony został.

Uwaga 2. Oprócz członków, wymienionych w § 4, do składu Zarządu należy w razie wprowadzenia do gubernii Królestwa Polskiego samorządu miejskiego i jeden z członków Rady miejskiej, przez Zarząd szpitala zaproszony, o ile m. Radom dawać będzie subsydyum stałe szpitalowi; wreszcie, o ileby założone zostało w Radomiu Towarzystwo Pomocy dla szpitala, niniejszą ustawą objętego, do Zarządu wejdzie jeden członek. Zarządu tego Towarzystwa przez Zarząd szpitala zaproszony.

§ 5. Wszelkiemi sprawami i interesami szpitala w najobszerniejszem znaczeniu wyrazu zawiaduje Zarząd, do atrybucyi którego należy między innemi: 1) układanie i zatwierdzanie budżetu wydatków na utrzymanie szpitala; 2) przyjmowanie i zwalnianie naczelnego lekarza i określanie jego wynagrodzenia; 3) przyjmowanie Sióstr Miłosierdzia lub innych pielęgniarek rzymsko-katolickiego wyznania i zawierania w tej mierze umów; 4) zatwierdzanie i zwalnianie młodszych ordynatorów szpitalnych na przedstawienie naczelnego lekarza, określanie pensyi; 5) strzeżenie całości majątku szpitalnego i zarządzanie tymże majątkiem; 6) przyjmowanie zapisów i darowizn; 7) podnoszenie wszelkich sum, jakieby szpitalowi przypadać mogły z jakiegokolwiekbądź tytułu, realizowanie wszelkich należności szpitala na warunkach według uznania Zarządu, otrzymywanie wszelkich sum hipotecznych czy to wprost od dłużników i wykreślanie ich z hypotek, czy to od osób trzecich przez podstawienie ich w prawa hypoteczne szpitala lub w drodze cessyi i przepisywanie na rzecz tychże osób trzecich otrzymanych sum w odnośnych księgach hipotecznych; 8) nabywanie nieruchomości i ruchomości dla szpitala potrzebnych, sprzedawanie tychże, jak również wypuszczanie w dzierżawę majątków nieruchomych szpitala; 9) asekurowanie od ognia majątku szpitalnego, podnoszenie w razie pożaru premii asekuracyjnych; 10) wznoszenie budowli nowych i remont dawnych; 11) wydawanie wewnętrznych regulaminów, uzupełnianie i zmienianie ich; 12) zaprowadzanie zmian w opłatach za leczenie z zachowaniem przepisu § 18 niniejszej ustawy, jak również przyjmowanie chorych dzieci do szpitala bezpłatnie lub za zniżoną opłatę; 13) umarzanie kosztów leczenia, których ściągnięcie okazało się niemożliwe; 14) ustanawianie opłaty za chowanie zwłok w wypadkach, gdy rodzina lub opieka nie zajmie się pogrzebem w ciągu dni trzech po zaszłym zgonie; 15) dążenie do możliwego rozszerzenia działalności szpitala, wprowadzenie w nim wszelkich ulepszeń przez naukę wskazanych; 16) zawieranie wszelkich umów i kontraktów prywatnych, rejentalnych i hypotecznych; 17) prowadzenie wszelkich spraw sądowych szpitala we wszelkich sądowych instytucyach wszystkich instancyi; 18) prowadzenie wszelkich spraw szpitala z władzami administracyjnemi oraz instytucyami społecznemi; 19) udzielanie pełnomocnictw; 20) składanie corocznych sprawozdań gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej w Radomiu oraz Zarządowi głównemu do spraw gospodarstwa miejskiego, stosownie do przepisów ustawy o Dobroczynności Publicznej; 21) ostateczna decyzya, po zasięgnięciu opinii Ogólnego Zebrania

członków Towarzystwa Pomocy dla szpitala (o ile takowe zostanie założone), w przedmiocie oddania tegoż szpitala pod zawiadywanie innej instytucyi lub też zarządu miejskiego, w razie wprowadzenia do kraju samorządu miejskiego.

§ 6. Dla prawomocności uchwał Zarządu niezbędna jest obecność pięciu członków, w gronie których znajdować się winien prezes lub wiceprezes. Dla ważności uchwał w sprawie sprzedaży majątku nieruchomego szpitala, jak również w przedmiocie oddania szpitala pod zawiadywanie innej instytucyi lub zarządu miejskiego (w razie wprowadzenia do kraju samorządu miejskiego), potrzebna jest obecność na posiedzeniu przynajmniej 9 członków, w czem prezesa lub wiceprezesa, oraz przynajmniej większość 8 głosów.

§ 7. Decyzye Zarządu zapadają prostą większością głosów; w razie równości głosów, głos prezesa przeważy. Z każdego posiedzenia winien być niezwłocznie po jego ukończeniu sporządzony protokół i podpisany przez członków na posiedzeniu obecnych.

§ 8. Rewizye funduszów i sprawozdań finansowych szpitala ma prawo uskuteczniać gubernator radomski w myśl artykułu 445 ust. o Dobr. Publ. (red. 1908 r.).

III. Fundusze szpitala.

§ 9. Fundusze szpitala składają się: 1) z sumy rubli 200.000 w gotowiźnie, zapisanej na rzecz szpitala przez ś. p. Adelę hr. Ożarowską, urodzoną Mattissen na mocy testamentu własnoręcznego z dnia 20. maja 1910 r., otwartego i ogłoszonego przez prezesa sądu okręgowego warszawskiego dnia 12. października 1911 roku i oddanego w oryginale do przechowania Stanisławowi Rzepeckiemu, notaryuszowi przy warszawskim sądzie okręgowym. 2) Z sumy 71.000 rubli w 4% listach zastawnych Towarzystwa kredyt. ziem. w Królestwie Polskiem, zapisanej przez ś. p. hr. Adelę Ożarowską na mocy tegoż testamentu; suma ta zgodnie z jego brzmieniem wpłynie do kasy szpitala po ustaniu dożywoć, przez testatorkę na rzecz osób prywatnych ustanowionych, do tego zaś czasu znajdować się będzie w depozycie w banku handlowym w Warszawie jako własność szpitala. Majątek powyższy powiększany być może darowiznami i zapisami, jakie w przyszłości na rzecz szpitala czynione być mogą.

Egzekutorowie testamentu hr. Ożarowskiej: Jan hr. Zamoyski i Kazimierz Olszowski adwokat przysięgły zdecydują z prawem głosu stanowczego łącznie z Zarządem szpitala, jaka część zapisanej przez hr. Ożarowską sumy obróconą być winna na wzniesienie szpitala i jego umontowanie oraz jaka część i gdzie ma być zdeponowaną jako fundusz wieczysty, od którego procenta używane będą na jego utrzymanie.

Środki utrzymania szpitala są następujące: a) procenta od tylko co wymienionej części sumy, na rzecz szpitala przez hr. Ożarowską zapisanej; b) opłata za leczenie chorych dzieci, pobierana stosownie do § 18 niniejszej ustawy; c) ofiary, złożone przez dobroczyńców szpitala w gotowiźnie, ruchomościach, wiktuałach i t. p.; d) dochody z darowizn i legatów, na rzecz szpitala uczynionych; e) sumy otrzymywane od Towarzystwa Pomocy dla szpitala, o ile takowe będzie utworzone; f) dochody przypadkowe z zabaw, przedstawień teatralnych, koncertów, odczytów, kiermaszów i t. p.

§ 10. Dla zbierania ofiar, stosownie do art. 421 ust. o Dobr. Publ., zaprowadzone będą, po uprzedniem uzyskaniu pozwolenia Rady gubernialnej Dobroczynności Publicznej, puszki ustawiane w szpitalu i innych miejscach.

§ 11. W razie ofiarowania na rzecz szpitala odpowiedniego funduszu, wysokość którego określi Zarząd, z przeznaczeniem procentu na utrzymanie jednego lub kilku łóżek, łóżka te nosić będą nazwiska ofiarodawców.

§ 12. Remanenty pozostałe po zaspokojeniu wszelkich wydatków szpitala w danym roku, zaliczają się na kapitał zapasowy, którego przeznaczenie określać będzie Zarząd.

§ 13. Kapitały szpitala w miarę gromadzenia się winny być lokowane w papierach procentowych państwowych lub przez Rząd gwarantowanych i przechowywane w instytucyach Banku Państwa, w Kasach Oszczędności państwowych, albo też w solidnych instytucyach finansowych prywatnych. Do tychże instytucyi powinny być wpłacane na rachunek bieżący fundusze obrotowe szpitala i tylko gotowizna na wydatki bieżące, w wysokości oznaczonej przez Zarząd, może pozostawać w rękach odnośnej osoby z administracyi szpitala.

Darowizny i zapisy uczynione na rzecz szpitala w sumach hipotecznych mogą nadal na tychże hipotekach pozostawać, o ile Zarząd uzna to za właściwe.

IV. Prawa i obowiązki szpitala.

§ 14. Szpital posiada pieczęć »Szpital prywatny dla dzieci w Radomiu imienia Adama, Stanisława i Adeli hr. Ożarowskich«

§ 15. Nieruchomość szpitala, wszelkie jego ruchomości jako też kapitały stanowią wyłączną własność szpitala i na inny cel użyte być nie mogą.

§ 16. Bezpośredni zarząd szpitalem należy do naczelnego lekarza, w zakres obowiązków którego wchodzi między innemi: 1) przyjmowanie, leczenie i uwalnianie ze szpitala chorych dzieci oraz kierownictwo szpitala pod względem leczniczym; 2) przedstawianie do zatwierdzenia i zwalniania młodszych ordynatorów szpitala; 3) przyjmowanie i zwalnianie niższej służby szpitalnej; 4) składanie corocznie miejscowemu urzędowi lekarskiemu sprawozdań szczegółowych o działalności szpitala według wzoru przez tenże urząd przepisanego; 5) składanie urzędowi lekarskiemu peryodycznych wykazów stosownie do przepisów obowiązujących i rozporządzeń władzy; 6) zawiadamianie urzędu lekarskiego o każdym wypadku zgonu jako też zawiadamianie o tem policyi miejscowej i osób, które oddały dziecko do szpitala; 7) osobista obecność podczas rewizyi szpitala przez gubernialnego inspektora lekarskiego lub inne osoby urzędowe i zapewnienie im w tym razie wszelkiego współudziału.

V. Sposób przyjmowania, utrzymywania i wypisywania ze szpitala.

§ 17. Sposób przyjmowania do szpitala, utrzymania chorych dzieci i wypisywania ich ze szpitala określa Zarząd z zastosowaniem się do ustawy normalnej o lecznicach prywatnych z dnia 4. września 1903 roku.

Uwaga. Dzieci dotknięte idyotyzmem, epilepsyą, jaglicą, syfilisem i wogóle chorobami chronicznemi nieuleczalnemi mogą być przyjmowane do szpitala o tyle, o ile będą mogły być umieszczone oddzielnie od innych dzieci. Naczelny lekarz ma prawo odmówić przyjęcia takich dzieci lub wypisania ich.

§ 18. Opłata za leczenie i utrzymanie w szpitalu wynosi kopiejek 50 dziennie na oddziale wewnętrznym i infekcyjnym, zaś 75 kop. na oddziale chirurgicznym. Zmiana wysokości tej opłaty należy do atrybucyi Zarządu, który będzie mieć przytem na uwadze zmiany zaprowadzone w szpitalach, będących w zawiadywaniu Rady gubernialnej radomskiej.

O każdej zmianie opłaty Zarząd szpitala powiadomi Radę gubernialną Dobroczynności Publicznej w Radomiu.

Zarząd szpitala ma prawo urządzać oddzielne pokoje i przyjmować do nich chore dzieci za specyalnie umówioną opłatą.

Osoby dorosłe towarzyszące chorym dzieciom jako opiekunki mogą być umieszczane w szpitalu, o ile jest miejsce i o ile pokryją koszta oddzielnego pomieszczenia i utrzymania, w drodze oddzielnej umowy określone.

§ 19. Opiekunowie lub krewni zmarłego dziecka powinni w ciągu dni trzech postarać się o zabranie jego ciała, gdyby wszakże zmarłe dziecko nie miało ani krewnych, ani opiekunów, to pochowane zostanie kosztem szpitala. Opłaty za tego rodzaju pogrzeb ustanawiane będą z roku na rok przez Zarząd szpitala.

§ 20. Wykaz należności za leczenie w szpitalu, nie zapłaconych dobrowolnie, komunikowany będzie przynajmniej co kwartał przez Zarząd szpitala gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej w Radomiu, która przystąpi do wyegzekwowania rzeczonych należności na zasadach, przepisanych co do egzekwowania kosztu leczenia w szpitalach publicznych i wyegzekwowane pieniądze prześle Zarządowi szpitala.

Radomskiej gubernialnej Radzie Dobroczynności Publicznej przysługuje prawo sprawdzania wysokości należności, podanych do wyegzekwowania przez Zarząd szpitala.

§ 21. Zarząd szpitala ma prawo urządzać wykłady teoretyczne i kursa praktyczne pielęgniarstwa oraz po ukończeniu ich wydawać pielęgniarkom odnośne świadectwa.

Kol. Henryk Raszkes odczytał swą pracę: **Jeszcze w sprawie pochwowego cięcia cesarskiego.** (Rzecz przeznaczona do druku w »Medycynie«). — W dyskusyi brali udział koledzy: Chojko, Cunq, Fidler, Kellerworm i inni.

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia odbyła dnia 6. b. m. posiedzenie we Lwowie, na którem wydała opinie w sprawie Zakładu leczniczego w Tartarowie, okręgu sanitarnego w Pustomytach, dwu grobowców rodzinnych, oraz powzięła uchwałę w sprawie lekarzy okręgowych.

— Przy licznym udziale członków odbył się we Lwowie w bież. tygodniu trzydniowy Zjazd przeciwalkoholowy. Posiedzenia odbywały się w pałacu »Sztuki«. Z pośród licznych wykładów wymieniamy te, których treść wchodziła w zakres medycyny. Prof. Popielski mówił o wpływie t. zw. umiarkowanego używania napojów alkoholowych na organizm. Prof. Piltz: Wpływ alkoholizmu na potomstwo. Dr Gantkowski: Alkohol a gruźlica. Dr Mikulski: Wpływ alkoholu na czynności psychiczne. Doc. Dr Piasecki: Zadanie uniwersytetu wobec walki z alkoholizmem. Na ostatniem posiedzeniu powzięto między innemi uchwałę, aby domagać się utworzenia sanatoryum dla alkoholików.

— Sekcya czortkowska Tow. lek. galic. odbyła dnia 16. VI. 1912 posiedzenie gościnne w szpitalu husiatyńskim. Przewodniczący kol. Sękiewicz omawiał działalność sekcyi, poczem na wniosek kol. Zawadzkiego wybrano na każdy z sześciu powiatów delegata powiatowego dla podniesienia ruchu na posiedzeniach. Delegatami na Walne Zgromadzenie wybrano kol. Sękiewicza i Zarembę. Następnie kol. Sękiewicz wygłosił odczyt: »O morfinizmie ze stanowiska sądowolekarskiego« na podstawie dwóch, dłuższy czas obserwowanych przypadków. Dalej zwiedzano szpital husiatyński, poczem prym. kol. Zaremba przedstawił chorych: a) z przewlekłem zapaleniem tęczówki, ze silnymi zrostami, nie leczonem przez pół roku, b) z całkowitem porażeniem tęczówki po atropinizacyi przed 6 laty; c) po laparatomii z powodu torbieli jajnikowej; d) po kolpoperineorafii i kolporafii z powodu zupełnego wypadnięcia macicy; c) sposób opatrywania po radykalnej operacyi raka sutka, z uniesieniem i ekstenzyą ramienia dla utrzymania ruchomości i uniknięcia obrzęków; f) sposób leczenia złamań kończyny dolnej na łóżku ekstenzyjnem, umyślnie skonstruowanem, z wyciągami w kilku kierunkach; g) preparat mięsaka wychodzącego ze ściany torbieli skórzastej na palcu z gwałtownym przebiegiem; h) preparat ze skrętu torbieli jajnika; i) łożysko z otworem w środku, przez który z powodu środkowego przodowania łożyska (placenta praevia centralis) dobył płód po obrocie. Wreszcie kol. Zawadzki z Czortkowa przedstawił: a) dwie chore po operacyi z powodu kamicy żółciowej (u jednej wykonano cholecystostomię, u drugiej cholecystenteroanastomozę) w znieczuleniu miejscowem, zachęcając do robienia laparotomii w znieczuleniu miejscowem, co daje bardzo dobre wyniki; b) chorą po wycięciu wyrostka robaczkowego (appendicit. catarrh. chron.), z powodu $1^1/_2$ roku trwających nieustających dolegliwości; c) chorą po cięciu cesarskiem, którą 7 miesięcy przedtem leczono na osteomalacyę wstrzykiwaniami adrenaliny zupełnie bez skutku, może właśnie z powodu obecności wczesnej ciąży; d) chorego po operacyi przepukliny uwięźniętej, który się zgłosił z przepukliną wolną a na kilka godzin przed zamierzoną jej operacyą doznał nagle uwięźnięcia; c) otwarte zwichnięcie stawu barkowego z rozerwaniem dołu pachowego i odłamaniem powierzchni stawowej łopatki. Zawadzki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. VI. do 6. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 1, płonicy 1 † — (— † 1), odry 4, duru plamistego (1), duru brzusznego 3 † — (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 24. VI. do 1. VII. 1912 przypadków: ospy 1 † 1, płonicy 3 † 1. Dr Treukner.

Redakcya otrzymała: Karol Klecki: Action de l'émanation du radium sur la phagocytose des microbes. Kraków 1912. (Extrait du bulletin de l'Académie des sciences de Cracovie).— Oczesalski i Sterling: Badania doświadczalne nad wpływem upustów i zastrzykiwań krwi pod otrzewną na liczbę i odporność krwinek czerwonych. Warszawa 1912. (Odb. z Gazety lek.). — Dr A. Sokołowski: Czy ludność żydowska częściej niż chrześcijańska zapada u nas na suchoty płucne i niektóre inne choroby dróg oddechowych. Warszawa 1912. (Odb. z Gazety lek.). — Fr. Chłapowski: Włośnica, czyli trychinoza, jej przenoszenie i objawy główne. Odbitka z Nowin lek. w Poznaniu. Rocznik XXIV. Zeszyt 6. — Prof. Zaleski: Jazik Esperanto kak semirnoe sredstwo meždinarodnich snoszenii. Petersburg 1912. — Teodor Heiman: Krótki rys ötjatryi. Warszawa 1912. Z udziałem zapomogi kasy im. Mianowskiego. Stron 208. — A. Puławski: Choroba Brighta. Dwukrotna operacya Edebohlsa, objawy choroby Basedowa w końcu życia. Warszawa, odbitka z Gazety lek. 1912.— Puławski: Jod i tyreoidyna jako czynniki wywołujące chorobę Basedowa u osób dotkniętych wolem. Warszawa 1912. (Odb. z Gazety lek.). — Puławski: Przyczynek do chirurgicznego leczenia choroby Basedowa. Warszawa 1912. — Puławski: Przypadek choroby Addisona. Warszawa 1912. Odb. z Gazety lekarskiej. — Puławski: Ein Fall von Addisonscher Krankheit. (Separatabdruck aus der W. kl. Wochenschrift 1912). — Sprawozdanie kasy pomocy im. Józefa Mianowskiego za r. 1911. Warszawa. — Dr E. Bruner: Naevus anaemicus. (Odb. z Gazety lek. Nr 14. 1912).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 6. Cena 2·— Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Czerwcowy zeszyt »Kursów lekarskich« poświęcony, we-

dług programu, chorobom dzieci, wypełnił w tym roku jeden tylko autor, prof. Langstein, dyrektor Instytutu cesarzowej Augusty-Wiktoryi dla zwalczania śmiertelności niemowląt w Niemczech. Praca prof. Langsteina roztrząsa sprawę głodu i niedostatecznego odżywienia w wieku niemowlęcym, jakoteż zagadnienia dotyczące odżywiania starszych, zdrowych i chorych dzieci. Na końcu dodany jest szczegółowy przegląd całego piśmiennictwa z tego zakresu w ostatnich latach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Prothaemin. Dr Paul Korb, st. lek. oddz. wewn. zakł. leczn. »Bethanien« w Liegnitz. (Deutche mediz. Wochenschrift Nr 11.1912).

Zasadniczo nowy przetwór białkowy ze krwi, zawdzięczający swe powstanie socyalno-ekonomicznym, jakoteż fizyologiczno-chemicznym równie ciekawym dążeniem uznanego badacza, powitany zostanie ze szczególnem zainteresowaniem się. Że dążenia te przy praktycznem zastosowaniu leczniczem zaspokaja jak najlepiej »Prothaemina«, to wynika z szeregu spostrzeżeń i przedłożonych doświadczeń klinicznych z tym przetworem.

Wprowadzony pod nazwą prothaemin przez firmę Goedecke & Co w Lipsku przetwór białkowy ze krwi wytworzony został najpierw przez Tajnego Radcę Salkowskiego w Berlinie na podstawie szeroko zakrojonych doświadczeń, dążących do poważnych socyalno-ekonomicznych celów. Zawiera on bez dodatków konserwujących w jednostajnie uzyskanem ciele działające składniki krwi; obok całkowitych ciał białkowatych całą zawartość żelaza, jakoteż obfite ilości organicznie związanego fosforu. Według Korb'a stanowi prothaemina rzeczywisty postęp w lecznictwie. Jestto proszek suchy, delikatny pyłek, barwy czekoladowej, wolny od smaku żelaza i woni. Wybitna, przez Salkowskiego w licznych doświadczeniach na zwierzętach dowiedziona zdolność wessalności i przyswojenia, czyni że przetwór ten jest łatwo strawny. Wessanie następuje bardzo szybko. Chorzy przyjmują go chętnie.

Wskazaną jest prothaemina wszędzie tam, gdzie podupada odżywienie ogólne. Korb podawał przetwór ten przy błednicy, niedokrewności, stanach osłabienia różnego rodzaju, przy gruźlicy płuc w rozmaitych okresach. Spostrzegał po prothaeminie — innych środków podczas tego leczenia nie podawano — poprawę stanu ogólnego, wzmożenie się ilości czerwonych ciałek krwi i zawartości hemoglobiny. Waga ciała ciągle przybywała; także przy bardzo ciężkich niedokrewnościach, przy stanach, w których wogóle trudno osiągnąć przybytek wagi ciała, uzyskiwano go przy pomocy prothaeminy; w jednym z takich przypadków przybyło nawet $4^1/_2$ kg. w ciągu 4 tygodni!

Zwykle podawano 3 X dz. kopiastą łyżeczkę kawową z mlekiem lub kakao 1 godzinę po posiłku. Prothaeminę wprowadzono także jako czekoladę prothaeminową do handlu.

Według doświadczeń autora »jest się uprawnionym określić prothaeminę jako rzeczywiście odżywczy i wzmacniający przetwór krwi, odpowiadający doskonale potrzebom codziennej praktyki«. Hr. W.

Rok LI. Kraków, dnia 20. lipca 1912. Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

Wymienić również należy i postulaty Näckego [1]), jako najdalej idące i jako tego, który pierwszy z psychiatrów wystąpił w Niemczech w obronie wytrzebienia. Żąda on mianowicie trzebienia nietylko w ciężkich przypadkach »moral insanity« i wrodzonego niedołęstwa umysłu, ale i w psychozach okresowych, okrężnych, w pomieszaniu, w psychozach histerycznych, padaczkowych i u psychotyków na tle przewlekłego opilstwa. Jedynie tylko ostre psychozy wyłącza on na razie z rzędu tych chorób umysłowych, które dają, zdaniem jego, wskazanie do wytrzebienia dotkniętych niemi chorych. Podobne zapatrywania wygłasza obecnie i bardzo wielu innych autorów, a między nimi Forel [2]).

Rozumiemy i przygotowani jesteśmy na zarzut, że niszczenia zapłodnionego jaja, a zatem zabijania rozwijającego się już w łonie matki płodu nie można identyfikować i stawiać na równi z takim zabiegiem zapobiegawczym, jakim jest trzebienie, albo też niedopuszczanie wogóle do związków małżeńskich jednostek, które przechodziły choroby umysłowe, jak się tego domagają higieniści rasy, którzy przy dzisiejszych stosunkach społecznych i ekonomicznych nie chcą tej ważnej sprawy pozostawić jedynie tylko naturalnemu doborowi płciowemu [3]).

Nam się jednak zdaje, że ze stanowiska przyrodniczego niema tu zasadniczej różnicy [4]) i że wszelkie inne rozumowania są tylko następstwem nieuzasadnionego przeczulenia i zupełnie już niespołecznego przeceniania wartości jednostek na niekorzyść ogółu. Sprawę tę należy postawić otwarcie i rozwiązać ją w sposób jasny, a nie dwulicowy, jak to właśnie robiliśmy dotychczas. Jeśli bowiem godzimy się już dzisiaj w świecie lekarskim na wytrzebienie i sterylizacyę pewnej kategoryi umysłowo-chorych i coraz bardziej domagamy się jej ustawowego wprowadzenia, wychodząc z założenia, że ludzie, temi chorobami obarczeni rodzić będą jednostki słabo wyposażone do walki o byt, o ile już nie zupełnie do niej niezdolne, to czemuż zmieniać swoje zapatrywania i tłómaczyć się owem wygodnem »ignoramus«, gdy chodzi o spędzenie płodu u kobiety, dotkniętej taką samą chorobą umysłową.

Albo wiemy już dzisiaj coś o dziedziczeniu pewnych skłonności psychopatycznych na drodze szkodliwego wpływu, jaki niewątpliwie wywierają choroby nerwowe, względnie umysłowe na chromosomy komórek rozrodczych jednostek temi chorobami dotkniętych, albo też nic jeszcze nie wiemy o tem wszystkiem. Oto pytanie, na które powinniśmy sobie odpowiedzieć. Od odpowiedzi zaś zależeć będzie nasze postępowanie tak w jednym, jak i w drugim przypadku. Nigdy natomiast nie możemy się zgodzić na połowicze załatwienie jednego z najpoważniejszych może zagadnień społecznych i ogólnoludzkich, które, wobec najrozmaitszych wątpliwości, uprzedzeń i skrupułów nawet najwybitniejszych psychiatrów, nie może niestety uzyskać w świecie naukowym tych praw obywatelskich, jakie naszem zdaniem niewątpliwie mu się należą.

»Tam, gdzie chodzi o dobro społeczeństwa, tam nie należy się trzymać szablonu, tam powinny ustąpić wszelkie względy uboczne i sentymenta«. Oto słowa, któremi Loewenfeld [1]) występuje w obronie wytrzebienia i sterylizacyi umysłowo chorych, my zaś zwracamy się z tym apelem do wszystkich tych, którzy z nieuzasadnionych przyczyn nie uznają spędzania płodu w żadnym przypadku choroby umy-

[1]) Die Kastration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. Psychiat.-neurol. Wochensch. 1905, Nr 29.

[2]) Malthusianismus oder Eugenik. München 1911.

[3]) Ustawy zabraniające zawierania związków małżeńskich między osobami, które przechodziły choroby umysłowe, zostały już wprowadzone w sześciu państwach Ameryki Północnej, a mianowicie w Michigan, Minnesota, New.-Jersey, Ohio, Connecticut, Kansas.

(Hans Meyer, Die Nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung. Juristisch.-psychiatrische Grenzfragen. Halle a S. 1911).

[4]) Różnica ta istnieje tylko w pojęciu prawnem. Prawo bowiem, które u nas nie uznaje jeszcze ani wytrzebienia, ani też wzniecenia poronienia, gdy chodzi o spędzenie płodu z jakichkolwiekbądź innych pobudek, aniżeli tych, które mają na względzie zdrowie i życie ciężarnej, pociągać będzie lekarza do odpowiedzialności karnej w pierwszym przypadku — o ile naturalnie operacyi tej dokonał bez zezwolenia chorego — o ciężkie uszkodzenie ciała, w drugim zaś o zbrodnię spędzenia płodu, bez względu na to, czy ciężarna życzyła sobie tego, czy nie. Różnica ta istnieje jednak przy dzisiejszych pojęciach etycznych i dla lekarzy, którzy chętniej podejmą się takich zabiegów, jakiemi są wytrzebienie lub sterylizacya, aniżeli zabijania rozwijającego się w łonie matki, a zatem w znaczeniu prawnem i kościelnem uduchowionego już płodu.

[1]) Ueber medizinische Schutzmassnahmen gegen Verbrechen und andere soziale Uebel. Sexual-Probleme, 1910, str. 257.

słowej, o ile chodzi o szczęście rodziny i dobro społeczeństwa, a nie o zdrowie i życie matki.

Nie łudzimy się, że jakkolwiek zapatrywania nasze nie są odosobnione, to jednak pozostaną przez długi jeszcze czas teoretycznem tylko rozumowaniem. Prędzej — później jednak musi nadejść czas, w którym teorya ta przyjmie kształty realne, jeśli w postępowaniu naszem nie będzie miało być ustawicznych sprzeczności i niekonsekwencyi. Warto tu też dla poparcia naszego rozumowania przytoczyć słowa tak poważnego znawcy medycyny sądowej, jakim jest Haberda, który mimo, że w r. 1905 oświadczył się jeszcze stanowczo przeciw wskazaniom do wzniecania poronienia ze względu na dziedziczne obarczenie mającego się urodzić płodu, to jednak zaznaczył już wtedy, że jeśli kiedyś projekt trzebienia zbrodniarzy, umysłowo chorych, padaczkowych, opilców i zwyrodniałych stanie się ustawą, to wówczas nie będzie już chyba poważnych wątpliwości, czy należy spędzić płód, pochodzący od chorego na porażenie postępowe jeszcze nie wytrzebionego.

I Forel [1]) domaga się, ażeby ze względów społeczno-higienicznych wolno było lekarzowi wzniecać poronienie w tych przypadkach, w których mężczyzna dotknięty poważną chorobą umysłową lub alkoholik w stanie zupełnego upojenia zapłodni kobietę, względnie w tych przypadkach, w których idyotka lub epileptyczka zajdzie przypadkowo w ciążę. Na zarzut, jakiby go mógł ewentualnie spotkać, że nigdy przecież nie można przed urodzeniem się płodu oznaczyć jego jakości, odpowiada Forel, że jakkolwiek zarzut taki zupełnie jest słuszny, to jednak, ponieważ ustawy nasze chronią jeszcze dzisiaj życie najbardziej nawet ułomnych noworodków, przeto trzeba sobie radzić, jak można.

Rzecz oczywista, że niektórzy autorzy idą za daleko, domagając się wzniecania poronienia nietylko w przypadkach przewlekłych chorób umysłowych i wrodzonego niedołęstwa umysłu, lecz i w padaczce, w ciężkich histeryach i neurasteniach, oraz w przypadkach nieuleczalnego popędu do nadużywania wyskoku, uważając takie postępowanie za jedynie racyonalne ze względu na uzdrowienie rasy, dopóki nie wprowadzimy w tych przypadkach ścisłego zapobiegania na drodze ustawowego zabraniania związków małżeńskich, względnie przymusowego trzebienia lub sterylizowania jednostek, dotkniętych powyżej wymienionemi chorobami (Hirsch) [2]).

Co do ustaw, zaprowadzonych już w pewnych, wyżej wymienionych państwach, a niedopuszczających do zawierania związków małżeńskich umysłowo chorych, podnosimy, że takie ustawy nie mogą uchronić społeczeństwa od zwyrodniałych, umysłowo niedołężnych, głuptaków, epileptyków, opilców, zbrodniarzy i t. d., a to dlatego, ponieważ chorzy ci, krępowani ustawą, mogą zapładniać i rodzić poza małżeństwem. Jeśliby więc ustawodawcy tych państw chcieli postępować konsekwentnie, to winniby jeszcze dodatkową wprowadzić ustawę, zezwalającą, a nawet nakazującą spędzanie płodu w takich przypadkach, o ileby nie zastąpili obu tych ustaw jedną ustawą o sterylizacyi, co naturalnie najlepiej załatwia sprawę. (Dok. nast.).

[1]) Die sexuelle Frage. München 1905, str. 399 i 433.

[2]) Der künstliche Abortus. Gross' Archiv. T. 39. Ref. Jahresb. für Psychiat. u. Nervenkrank.

Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner.

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

(Ciąg dalszy).

Doświadczenie VI.

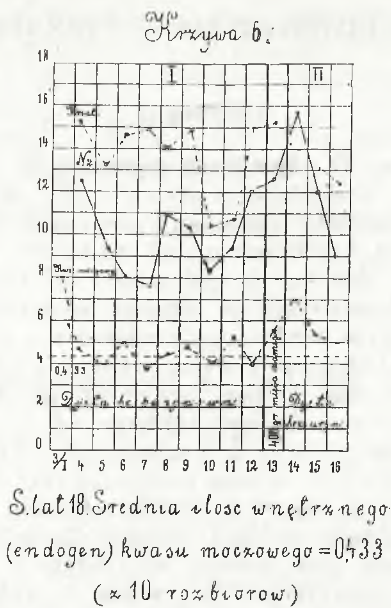
Badaniu poddano wojskowego (jednorocznego), lat 18, który przebywał w klinice z bardzo nieznacznymi objawami nieżytowego zajęcia szczytu prawego płuca. Ciepłota przez cały czas badania była poniżej 37⁰ i chory czuł się zupełnie dobrze. W moczu cukru i białka nie było. 4/I 1909 rozpoczęto dyetę bezpurynową, składającą się z 1500 cm^3 mleka, 500 gr bułek, 30 gr ryżu, 100 gr jaj, 32 gr cukru i 400 cm^3 słabej herbaty.

Doświadczenie ciągnęło się od 3/I do 16/I t. j. 14 dni, 16/I chory opuścił klinikę, kiedy doświadczenie nie dobiegło jeszcze do końca. Ponieważ jednak i to doświadczenie nie jest bez znaczenia, przeto przytaczamy je tutaj. Wyniki rozbiorów moczu przedstawiono na tablicy VI i na krzywej VI.

W ciągu I. okresu bezpurynowego, trwającego dni 9, ilość ogólnego azotu i kreatyniny cokolwiek się wahała, w końcu tego okresu była mniej więcej taka sama, jak na początku. Ilość kwasu moczowego przy dyecie bezpurynowej szybko się zmniejszyła i przez cały czas trzymała

Tablica VI.

Daty	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu	Ilość kwasu moczowego	Ilość kreatyniny
3/I	Mieszana	3070	1010		—	0·790	—
4	Bezpurynowa	2560	1006		12·40	0·480	1·510
5	»	2040	1009		9·45	0·400	1·330
6	»	2950	1004		8·01	0 490	1·470
7	»	3550	1008		7·65	0·360	1·480
8	»	2120	1010		11·04	0·450	1·410
9	»	2120	1013	Kwaśne	10·30	0·460	1 745
10	»	2610	1008		8·40 8·26	0·390 0·400	1·050
11	»	3000	1009		9·49 9·45	0·540 0·534	1·072
12	»	2190	1014		12·08 12·23	0·390	1·505
13	400 gr. mięsa czarnego	3135	1008		12·64	0·560	1·527
14	Bezpurynowa	2400	1013		15·99	0·710	—
15	»	2030	1011		11·92	0·550	1·305
16	»	2840	1007		9·13	0·510	1·267



Krzywa 6.

S. lat 18. Średnia ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego = 0,433 (z 10 rozbiorów)

się na nizkim poziomie. Następnie chory w ciągu jednego dnia dostał 400 gr mięsa czarnego. Ilość azotu i kwasu moczowego cokolwiek się zwiększyła. Maximum wydzielania azotu i kwasu moczowego wypadło na następny dzień bezpurynowy. Maximum wydzielania kwasu moczowego =0,710 gr. W ciągu następnego okresu bezpurynowego, trwającego 3 dni, ilość azotu i kwasu moczowego zaczęła spadać.

Ilość kwasu moczowego na 3. dzień powróciła prawie do dawnego poziomu. Porównując wyniki tego doświadczenia z poprzedniemi, znajdziemy, że i w tem doświadczeniu, pomimo młodego wieku chorego i stosunkowo niewielkiej ilości spożytego mięsa czarnego, wydzielanie kwasu moczowego po spożyciu mięsa jest cokolwiek zwolnione. Ilość wnętrznego (endogen) kwasu moczowego w tem doświadczeniu wynosiła 0,433 gr (średnia z 10 rozbiorów). Ilość kwasu moczowego pochodzącego z zewnątrz po spożyciu 400 gr mięsa czarnego=0,596 gr.

Sądząc z ilości wnętrznego kwasu moczowego i szybkości, z jaką nastąpiło zmniejszenie wydzielania kwasu moczowego po mieszanym pokarmie mięsnym, który chory spożywał przed doświadczeniem, można powiedzieć, że przemiana purynowa w tym przypadku odbywała się prawidłowo.

Z przytoczonych dwóch doświadczeń widzimy, że pewne zwolnienie w wydzielaniu kwasu moczowego po spożyciu mięsa czarnego można też zauważyć w wieku młodym, kiedy przemiana purynowa naogół nie wykazuje jakichkolwiek zboczeń od stanu prawidłowego, chociaż, co prawda, to zwolnienie tutaj słabiej jest zaznaczone.

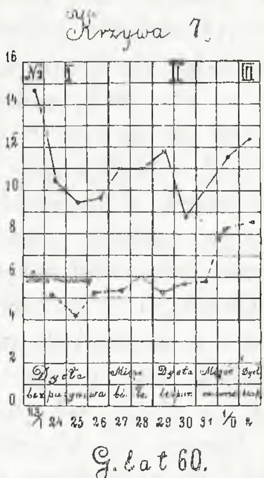
W przeciwieństwie do przytoczonych tylko co doświadczeń przeprowadziliśmy w następnem VII doświadczeniu badania na człowieku starszym, cierpiącym w ciągu wielu już lat na typowe ostre napady dny.

Doświadczenie VII.

Badanie przeprowadzono na lekarzu G. lat 60, który począwszy od roku 1885 do 1900, t. j. w ciągu lat 15, co roku cierpiał na ostre napady podagry, to w dużym palcu u nogi, to w kolanie. Od 1900 r. nie miał napadów podagry. Chory ściśle przestrzegał odpowiedniej dyety. Widocznych złogów kwasu moczowego nie zauważono. Waga na początku doświadczenia 78 kg. na końcu 77 kg. Cukru i białka w moczu nie było. 23/I 1911 r. rozpoczęto dyetę bezpurynową, składającą się z mleka, ryżu, łapszy, bułek, aj, masła, smalcu, słabej herbaty i kawy. Pod względem ościowym w dyecie żadnych ograniczeń nie robiliśmy; oprócz tego znacznie skracaliśmy okresy bezpurynowe badania, obawiając się, aby nagłe zmiany w dyecie nie wpłynęły szkodliwie na i tak już osłabiony ustrój. Takie skrócenie okresu bezpurynowego silnie odbiło się na wyniku doświadczeń, jak to widać z przytoczonych badań. Okresy te były zbyt krótkie, aby uwydatniły różnicę w działaniu mięsa czarnego i białego. Jednakowoż przytaczamy tu wyniki badań, albowiem doświadczenie to nie jest pozbawione znaczenia, jako przykład nadzwyczaj zwolnionej purynowej przemiany materyi. Doświadczenie ciągnęło się od 23/I do 2/II, t. j. 11 dni. Wszystkie rozbiory w tem doświadczeniu są podwójne i przytoczone w tablicy VII i na krzywej VII.

Tablica VII.

Data	Rodzaj dyety	Ilość moczu na dobę w c. c.	Ciężar gatunkowy	Oddziaływanie	Ilość azotu	Ilość azotu średnio	Ilość kwasu moczowego	Ilość kwasu moczowego średnio
23/I	Bezpurynowa	1275	1024	Kwaśne	14·56 14·46	14·51	—	—
24	»	1240	1024		10·28 10·31	10·30	0·516	0·516
25	»	1170	1021		9·44 9·40	9·42	0·423 0·426	0·424
26	»	1150	1022		9·82 9·72	9·76	0·511	0·511
27	Mięso białe	1220	1017		11·14 11·19	11·16	0·529 0·537	0·533
28	»	1260	1015		10·87 10·99	10·90	0·598 0·593	0·595
29	Bezpurynowa	1030	1018		11·84	11·84	0·549 0·560	0·558
30	»	860	1021		8·81 8·83	8·82	0·564 0·567	0·565
31	Mięso czarne	1290	1015		10·18 10·07	10·12	0·574 0·574	0·574
1/II	»	1070	1017		11·45 11·62	11·53	0·845 0·853	0·849
2	Bezpurynowa	1125	1018		12·13	12·13	0·851 0·859	0·855



Krzywa 7.

G. lat 60.

W ciągu pierwszego okresu bezpurynowego, trwającego 3 dni, ilość azotu trzymała się na jednakowej wysokości. Ilość wydzielanego kwasu moczowego w końcu tego okresu była na tym samym poziomie, co na początku. Nie otrzymaliśmy więc tej ilości, którą należałoby uważać za wnętrzny (endogen) kwas moczowy. W ciągu następnych dwóch dni mięsnych badany otrzymywał około 400 gr. mięsa białego dziennie. Wtedy ilość azotu zaczęła się powoli podnosić. Maximum wydzielania zauważono w pierwszym dniu na-

stępnego okresu bezpurynowego. Ilość kwasu moczowego także powoli zwiększyła się; zwiększenie to jednak w porównaniu z tem, jakie widzieliśmy w poprzednich doświadczeniach, było bardzo małe. W następnym okresie bezpurynowym, trwającym dwa dni, ilość azotu spadła, ilość zaś kwasu moczowego znajdowała się w dalszym ciągu mniej więcej na tej samej wysokości.

W ciągu następnych dwóch dni badany otrzymywał około 400 gr mięsa czarnego na dobę. Ilość azotu i kwasu moczowego zwiększyła się, zwiększanie to trwało także w następnym okresie bezpurynowym, trwającym zaledwie jeden dzień, ponieważ badany czuł się cokolwiek osłabionym.

Z doświadczenia tego widzimy, że w porównaniu z poprzedniemi doświadczeniami purynowa przemiana materyi odbywała się tutaj nadzwyczaj leniwo. Pomimo początkowego trzechdniowego okresu bezpurynowego kwas moczowy nie spadł do wysokości wnętrznego (endogen) kwasu moczowego. Po spożyciu mięsa białego otrzymaliśmy zaledwie niewielkie zwiększenie w wydzielaniu kwasu moczowego, które utrzymywało się w następnym okresie bezpurynowym. Po spożyciu mięsa czarnego otrzymano znowu cokolwiek większe wydzielanie kwasu moczowego, co jednak z powodu zbyt krótkiego okresu bezpurynowego trudno było dokładnie ocenić. Doświadczenie to wskazuje, że zbyt krótkie okresy bezpurynowe są bezwarunkowo niedostateczne dla wykazania różnicy w działaniu mięsa czarnego i białego.

Rysunek krzywej dla kwasu moczowego w tem doświadczeniu ma charakter typowy dla dny. We wszystkich powyżej przytoczonych doświadczeniach z wyjątkiem ostatniego, gdzie przemiana materyi okazała się patologicznie bardzo zmienioną, wszędzie otrzymano mniej więcej jednakowe wyniki, które pozwalają nam oświadczyć się za różnicą w działaniu mięsa czarnego i białego.

Różnica ta w doświadczeniach naszych wystąpiła w charakterze wydzielania ogólnego azotu, mocznika i kreatyniny, głównie zaś w charakterze wydzielania kwasu moczowego. Co się tyczy azotu i mocznika, to we wszystkich naszych doświadczeniach wydzielanie tych ciał szło zupełnie równolegle jedno do drugiego, przytem na azot mocznika wypadało od 80—90% ogólnego azotu.

W doświadczeniu II, III, IV i V daje się zauważyć jakby pewne zwolnienie w wydzielaniu tych ciał po mięsie czarnem w porównaniu z mięsem białem. Co do wydzielania kreatyniny po spożyciu mięsa czarnego lub białego, to daje się zauważyć mniej więcej ta sama różnica. Jednakże nad wydzielaniem kreatyniny zastanawiać się dłużej nie będziemy, a to ze względu na znaczne wahania, które w doświadczeniach naszych dają się zauważyć w wydzielaniu kreatyniny, niezależnie od spożywania mięsa.

Najwyraźniej różnica w działaniu mięsa czarnego i białego odbiła się na wydzielaniu kwasu moczowego, dlatego też zastanowimy się nad tym punktem cokolwiek dłużej i dokładniej.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Mühsam. **O uśpieniach mieszanych.** (Med. Klinik, 1912, Nr 24). Rozróżniamy uśpienia mieszane i kombinowane. Przez mieszane rozumiemy stosowanie środków analogicznych, przez kombinowane zaś stosowanie różnych środków jeden po drugim. Przypuszczano, że przez zastosowanie kilku środków uzyska się uśpienie szybsze małemi dawkami. Tak jednak nie jest, bo zwykle działa tu tylko suma składników pojedynczych, a przez stosowanie uśpienia kombinowanego można jedynie zyskać pewne zaoszczędzenie danego środka usypiającego. Odnosi się to zwłaszcza do zamroczenia skopolaminowomorfinowego, względnie pantoponowego. To zamroczenie nadaje się znakomicie do operacyi w ustach, bo chory na rozkaz odpluwa, kaszle i t. p. Pantopon przekłada M. nad morfinę, bo nie wywołuje sinicy, podnieceń następowych, wymiotów i t. p., jednak i ten sposób usypiania nie jest wolny od niebezpieczeństw, dlatego też dawkować trzeba bardzo ostrożnie. Polecają też kombinacyę hedonalu z chloroformem. Niektórzy łączą zamroczenie ze znieczuleniem lędźwiowem, a nawet i miejscowem. A.

Meyer. **O skuteczności chirurgicznego leczenia przy chorobie Basedowa.** (Med. Klinik, 1912, Nr 21). M. uważa operacyę wola przy chorobie Basedowa za sposób leczenia najpewniejszy i najlepszy, bo dający 70—75% dobrych wyników. Wynik bywa tem lepszy, im więcej usunie się gruczołu tarczowego (zbyt dużo też wycinać nie można i to właśnie jest powodem, że wycina się nieraz za mało). Operacya wywołuje zwykle znaczną poprawę, a w przypadkach lżejszych nawet zupełne wyleczenie. Śmiertelność po operacyi wynosi obecnie najwyżej 3·5%. Przy operacyi nie należy tkanki gruczołu zgniatać, lecz trzeba ją ostro przecinać, albowiem zgniecione części ulegają potem wessaniu i powodują pogorszenie się objawów. Operacya wola przy chorobie Basedowa nie różni się wcale od operacyi wola zwykłego, ani też nie przedstawia żadnych większych niebezpieczeństw, o ile uważa się na stan serca, ewentualną grasicę przetrwałą i t. p. M. woli operować w uśpieniu, niż w znieczuleniu miejscowem, obawia się bowiem więcej podniecenia psychicznego, niż powikłań uśpienia, a przytem przy uśpieniu ogólnem operuje się spokojnie. K.

Bockenheimer. **O uszkodzeniach chrząstki półksiężycowatej kolana.** (Med. Klinik, 1912, Nr 22). Uszkodzenia chrząstki półksiężycowatej są bardzo częste, zwłaszcza po stronie wewnętrznej, a powstają przez gwałtowne skręcenie (rotacyę) kolana (na zewnątrz). Uraz może być tak nieznaczny, że chory o nim wcale nie pamięta. Chrząstka może być oderwaną od przodu, i to z dyslokacyą lub bez niej, może też być oderwany przyczep tylny i t. p., lub też chrząstka może być pęknięta w całości lub częściowo. Objawy zwykle są podobne do objawów zwykłej dystorsyi kolana: ustalenie w zgięciu, wysięk w stawie, tkliwość okolicy chrząstki i t. p. Szybkie i pewne wyleczenie daje tylko operacya, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o pośpiech, a kolano ma być używane do forsownych ruchów. Co do samego zabiegu, to lepiej i pewniej jest chrząstkę wyciąć, niż zeszywać. Po operacyi 8 dni opatrunek gipsowy, potem miesienie przez tydzień, od trzeciego tygodnia ruchy czynne, a jeżeli kolano jeszcze puchnie, kąpiele piaskowe i gorące powietrze. Unikać należy długi czas forsownych ruchów, w szczególności odwodzenia i skręcania ku zewnątrz. A

Michaelis. **Dwa przypadki ciężkiego uszkodzenia kości przez stosowanie wyciągu gwoździowego Steinmanna.** (Münch. med. Woch., 1912, Nr 21). M. zwraca uwagę na to, że leczenie wyciągiem zapomocą wbijanych w kość gwoździ nie jest zabiegiem obojętnym i sprawiać może nieraz ciężkie uszkodzenia, powikłania, zwłaszcza je-

żeli nie jest się pewnym czystości. Dlatego też nie nadaje się to leczenie dla lekarza praktycznego, a nawet dla mniejszych szpitali, jak tego dowodzą dwa przez M. opisane przypadki. Natomiast leczenie to oddaje w ręku doświadczonego chirurga w wielkich zakładach nieocenione usługi przy leczeniu złamań powikłanych, przy złamaniach podkrętarzowych uda, celem prostowania świeżych źle zgojonych złamań i t. p. Gwoździ nie należy jednak w kości trzymać zbyt długo. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe narzędzia i przyrządy. 1) Chirurgiczny skalpel z obosiecznym końcem podał Ehrlich (z Ohligs). (Münchener med. Woch. Nr 19). 2) Szczypczyki do bocznego łączenia naczyń krwionośnych bez przerywania krążenia krwi podał Jeger. (Ztbl. f. Chir. Nr 18). 3) Kule dziurkowane jako zastępstwo zwykłych tamponów pochwowych zaleca Wederhake. (Med. Klin. Nr 20). 4) Reflektor oczny z wycięciem wewnętrznem podał Prof. Lange z Greifswaldu (Münch. med. Woch. Nr 21).

Pot chorych na gruźlicę zawiera podług Ponceta niemal w $^1/_3$ przypadków żywotne prątki, co powinno być przestrogą w używaniu pościeli po takich chorych. (Acad. de med. III). K.

Wyciąg z pieprzu wodnego (polygonum hydropiper) zalecają Krawkow i Fawicki z Petersburga jako znakomity środek tamujący krwotoki, zwłaszcza w krwawieniach z narządów rodnych kobiecych, płucnych i moczowych. (Klin. ther. Woch. Nr 22). A.

Tworzenie sztucznych ropni (przez wstrzykiwanie olejku terpentynowego pod skórę) zaleca Pic celem leczenia ciężkich przypadków chorób zakaźnych, zwłaszcza duru, płonicy, a szczególnie róży. (Lyon med. 1911, Nr 47). A.

Nalewka jodowa, jak wiadomo, rozkłada się z czasem, przyczem tworzą się różne żrące połączenia, a jodu ubywa, tak, że np. po 10 miesiącach podług Buddego nalewka ma mniej o 20% jodu. Temu rozkładowi częściowo zapobiega dodatek jodku potasu lub jodku sodu w ilości 3·5 gr. na 10 gr. jodu. (Münchener med. Woch. Nr 20). A.

O leczeniu rentgenowskiem raków skórnych, a więc najpodatniejszych na promienie Röntgena, wyraża się Körbl na podstawie swych badań drobnowidowych bardzo sceptycznie. Zaledwo w 43% osiągnięto (140 przypadków) trwalsze wyleczenie, i to głównie, gdy mały zabieg chirurgiczny dołączono do rentgenizacyi. (Archiv f. klin. Chir. 97. III). A.

Myloform, połączenie molibdenowe, zalecają Lampé i Klose, jako łagodny środek odkażający i odwaniający w chirurgii, dermatologii i ginekologii w postaci maści, plomb i rozczynów wodnych. (Med. Klinik, 1912, Nr 20).

Przy wyroślach gruczołowatych zaleca Roos podawać dzieciom jodek potasu dwa razy dnia po 0·25 lub podług Lapeyrea świeżą nalewkę jodową w ilości 60—70 kropli dziennie. (Finsk. läk. säl. 1912, II).

Czeski lekarz

napisał

Dr Frantisek Vesely

(Berno morawskie).

Największą przeszkodą do wzajemności słowiańskiej jest to, że Słowianie wzajemnie między sobą się nie znają.

Dawniej dało się to wytłomaczyć, a po części usprawiedliwić brakiem komunikacyi kolejowych; dziś jednak, gdy w dwa tygodnie można obejrzeć spory kawał ziemi przy dość niewielkim wydatku, tłomaczenie takie nie ma podstawy. A szczególną jest rzeczą, że właśnie najbliżsi sąsiedzi znają się najmniej, tak jakby byli oddzieleni chińskim murem. Przykro, że trzeba mówić o takim chińskim murze, zbudowanym z uprzedzeń. Najlepsze nawet połączenia kolejowe nie pomogą, jeżeli nie rozwalimy tego muru uprzedzeń, który między pokrewnymi narodami słowiańskimi zbudowały czynniki polityczne i wyznaniowe. Najlepiej zaś będzie postępować wzajemne poznanie się, jeżeli poznawać się będą grupy społeczne tego samego stanu i zawodu: nauczycielstwo, kupiectwo, rolnicy, technicy, lekarze i t. d.

Od wielu już lat jeżdżę na zjazdy lekarskie i miałem sposobność poznać licznych przedstawicieli zawodu lekarskiego ze wszystkich narodów słowiańskich; poznałem też wiele rzeczy, które ich oddalają od siebie. Niechże mi więc będzie wolno powiedzieć tutaj lekarzom polskim nieco o lekarzach czeskich: byłoby dla mnie wielką radością, gdyby tych moich kilka uwag przyczyniło się do wyjaśnienia, poznania i zbliżenia wzajemnego.

Przedewszystkiem należy wspomnieć o tem, w jakich warunkach żył naród czeski w ostatnich stuleciach i jak się rozwijały jego warstwy inteligentne. Po trzechsetletnich walkach był naród czeski blizki zatraty: utracił szlachtę i zamożne mieszczaństwo, miasta były zniemczone, pozostał tylko lud wiejski. Otóż kiedy nastała doba odrodzenia, z ludu wiejskiego wytwarzały się dopiero na nowo inne stany i warstwy społeczne. Jeszcze i dziś największa część inteligencyi: nauczycielstwo, lekarze, adwokaci, duchowieństwo, technicy, pochodzi z włościan. Stąd dzisiejsze cechy czeskich warstw inteligentnych, stąd podstawa czeskiego demokratyzmu. Inteligentny Czech, czy lekarz, czy innego zawodu, miał prawie zawsze młodość twardą; rodzice jego z wysiłkiem musieli łożyć na jego wykształcenie; student czeski nie bywa w salonach, wolny czas spędza w gospodach i kawiarniach, a nie ma środków na podróże i wycieczki wakacyjne. Ba nawet i młody lekarz czeski rzadko kiedy zdobyć się może na zwiedzanie klinik zagranicznych. W chęci jaknajrychlejszego ulżenia swym rodzicom zabiera się czemprędzej do praktyki lekarskiej. Urządzając się na kredyt, osiada gdziebądź jako lekarz okręgowy, żeni się zazwyczaj z dziewczyną ubogą i przeżywa, a raczej morduje się przez całą swą młodość wśród znojnych starań o byt rodziny.

Dokąd nie było kas chorych, miał lekarz czeski wielką powagę w społeczeństwie i powszechne poważanie; ubogich leczył bezpłatnie, a nagrodą było mu uznanie chorych zamożniejszych. Dzisiaj stanowisko jego jest inne.

Gminy, kraj i kasy chorych wprawdzie opłacają lekarza, ale natomiast lekarz stał się z pana — niewolnikiem. Jeżeli się osiedli w mieście, musi przejść jeszcze trudniejszy czas początkowy.

Znajomość języków nie bywa wielka: trochę niezbędnej niemczyzny, któryś z języków słowiańskich, najczęściej rosyjski, lub — od czasu okupacyi Bośni — serbsko-chorwacki. Do uczenia się po rosyjsku zachęcała sympatya do owej Rosyi ludowej, nie do urzędowej Rosyi siódmego dziesiątka lat. Nakładca Otto wydał przeszło 50 wielkich tomów przekładów najznakomitszych autorów rosyjskich; przeczytawszy szybko wszystkie, zachęciło się wielu przez to do czytania Dostojewskiego i Tołstoja w oryginale. Nie mało też przyczyniły się do tego zakazy władz. W szkołach średnich nie było wolno uczyć się po rosyjsku, to też tem więcej uczono się rosyjskiego potajemnie. Cała młodzież przejęta była Dostojewskim i Tołstojem; powszechnie znano Gogola.

Literatury polskiej, chociaż bliższej, prawie wcale nie czytano, nie znalazł się na nią nakładca, a język polski wydawał się młodzieży czeskiej zbyt łatwym, aby się go trzeba uczyć osobno. O Polakach dowiadywał się student z dzienników czeskich, że w wiedeńskiej Radzie państwa znowu nas w tej czy

innej sprawie opuścili i głosowali z Niemcami przeciwko nam. Polski szlachcic, jako przedstawiciel narodu polskiego w Wiedniu i jedyny wykonawca jego polityki, był dla młodzieży czeskiej nienawistny. Zwyczaje towarzyskie salonów francuskich, które w Polsce rozpowszechniła szlachta, były dla czeskiego studenta obce i niesympatyczne; był on bliższy polskiemu chłopu, ale ponieważ chłop ten dziesiątkami lat dobrowolnie szedł za szlachtą i w pas się jej kłaniał, wtedy, kiedy czeski »sedlak« toczył zacięty bój przeciwko wszystkim »panom«, t. j. niemieckiej szlachcie, fabrykantom i urzędnikom, — więc też student czeski nie miał i dla polskiego chłopa sympatyi i wogóle nie troszczył się wcale o polskie sprawy.

O położeniu Polaków w państwie rosyjskiem nie wiedzieliśmy poprostu prawie nic, zanim nie przyszły wybory do Dumy i nie zaczęto pisać o ucisku Polaków przez rząd rosyjski. Więcej już wiedziano u nas o zaborze pruskim. Położenie w Poznańskiem jest w wielu względach podobne do naszego. Wielkopolanie mają do walczenia z tymże wrogiem, co i my.

Dalszą winę w tem, że nie dbamy wzajemnie o siebie, ponosiły i ponoszą nasze uniwersytety. Ani Polacy nie przyjeżdżają do Pragi, ani Czesi do Krakowa, uczeni obu narodów znają drogę do Niemiec i do Paryża, ale nie znają dróg wzajemnie do siebie. Przy tworzeniu Wydziałów czeskich w Pradze wpływ polski wcale się nie zaznaczył. Jak mogła do tego dopuścić Wszechnica Jagiellońska?!

Jedynym Czechem, podtrzymującym styczność z Polakami, był niedawno zmarły poeta Jelinek, ale żeby wytworzyć stosunki dwóch narodów słowiańskich, na to nie wystarcza jeden liryk.

Oddalała nas od siebie jeszcze jedna rzecz, a mianowicie sprawa wyznaniowa. W zapałach czeskich dla »wielkiej, świętej Rusi« upatrywali Polacy zapał dla prawosławia, a była to wielka omyłka. Gdyby byli Polacy przeczytali »Chrzest św. Włodzimierza« Havlička, ową znakomitą rzecz satyryczną najulubieńszego i najwpływowszego czeskiego polityka-postępowca, byliby się przekonali, że Czesi nie zapalają się ani do caryzmu, ani do prawosławia i że za żadnym z nich nie tęsknią. Ucisk rządu słowiańskiego bolałby Czechów więcej, niż ucisk niemieckiego Wiednia. Prawosławie zaś nie może mieć wpływu na naród, który tylekroć zmieniał z musu wiarę, że mu się wszystkie wyznania stały obojętne.

Lud czeski jest w 95% katolicki, ale nie z wewnętrznego przekonania, tylko z powodu zagadnień narodowo-ekonomicznych; teraz nie czas na sprawy religijne, za które tyle cierpieli ojcowie i dziadowie. Inteligencya czeska jest dlatego katolicka, że chce mieć spokój ze strony władz i nie ma ochoty cierpieć za jakiekolwiek przekonania w zakresie religijnym; gdyby nie to, przyznałaby się w większości do bezwyznaniowości. A zresztą inteligencya czeska nie ma czasu na zagłębiania się filozoficzne, skupiając swoje wysiłki w kierunku przemysłu i t. d. Nie pora teraz u nas stawiać kościoły, my musimy teraz stawiać szkoły i na to zbierać środki.

O tem wszystkiem wiedzieć muszą polscy koledzy, jeżeli się nie mają dziwić, że lekarze czescy na polskich Zjazdach lekarskich nie idą do kościoła na uroczyste nabożeństwo przedzjazdowe, woląc raczej rozmawiać pod Sukiennicami z polskimi chłopami, których piękny barwny strój podoba się Czechom o wiele więcej, niż biskupie ornaty.

Wśród duchowieństwa w Czechach nie jest lekarz lubiany: nie chodzi do kościoła, nie spieszy się z przywołaniem księdza do umierających, ujmuje się za wolnomyślnem nauczycielstwem, tłómaczy ludowi, że choroby zakaźne nie są dopustem bożym, lecz skutkiem niezachowywania ostrożności i niechlujstwa, nakłania lud, aby ciężko zapracowanego grosza nie niósł na odpusty, ale raczej obrócił na leczenie się i leki itd. itd. Oświatowa praca lekarza czeskiego nie zjednywa mu względów ani duchowieństwa, ani władz, czem się on jednak zbytnio nie trapi. Wolne chwile poświęca stosunkom z nauczycielstwem, rzemieślnikami i rolnikami i czuje się spokojnym.

Oczywiście nie twierdzę, ażeby wszyscy czescy lekarze żyli w ten sposób; jest także dosyć takich, którzy, aby mieć spokój w domu ze strony pana starosty albo proboszcza, wystrzegają się wszelkich objawów wolnomyślności i pracy publicznej, ograniczając się do swego zawodu i życia rodzinnego. Ci są jednak w mniejszości. Stanowczo zaś twierdzę, że znaczna większość lekarzy czeskich jest wolnomyślno-postępowa.

W sprawach narodowo-ekonomicznych uczestniczy lekarz czeski wszędzie w jakiś sposób. Tu jest członkiem rady nadzorczej browaru, ówdzie cukrowni, tam znowu członkiem zarządu kasy oszczędności, towarzystwa zaliczkowego, należy do towarzystw i spółek rolniczych, kupuje akcye różnych przedsiębiorstw akcyjnych (w Luhačovicach jest przeszło 300, w Saraticy przeszło 70 lekarzy akcyonaryuszami), niekiedy też sam jest właścicielem jakiegoś przedsiębiorstwa, bywa współzałożycielem mleczarń, handlów (Astra, Medica) i t. d. Niejeden stracił na tem parę tysięcy, inny znów zyskał, zależnie od szczęścia i od jakości swoich współpracowników. Muszę tu podkreślić, że ta działalność ekonomiczna czeskich lekarzy nie ma źródła w chęci zrobienia majątku, lecz w poczuciu obowiązku współdziałania z innymi stanami. Lekarze czescy są doradcami swoich współobywateli nietylko w sprawach zdrowia, ale także i w sprawach ekonomicznych itd.

Abstynentów między lekarzami czeskimi jest mało (bo też czeskie piwo jest sławne!), ale też nie ma opilców, prócz nader rzadkich wyjątków. Na dzień pija się 1—2 litrów piwa i to przeważnie wieczór w towarzystwie; zresztą w ostatnich czasach zaczyna się szerzyć picie herbaty i wód mineralnych. Pożywienie lekarzy czeskich jest skromne, takie, jak w średniej rodzinie czeskiej, w której cały obiad składa się z polewki, kawałka mięsa z kluseczkami i jarzyny lub kapusty. Strój czeskiego lekarza jest poprawny, rzadko ponad średnią miarę, ze zbytkiem.

Więcej już dba lekarz czeski o stworzenie sobie miłego mieszkania; zwłaszcza lekarze prowincyonalni z zamiłowaniem stawiają własne domy według własnych planów z uwzględnieniem szczególnych potrzeb lekarzy. W swojej zagrodzie stara się lekarz być przykładem dla sąsiadów w hodowli kwiatów i sadownictwie.

Największą zasługę w podniesieniu stanu lekarskiego ma dzielna organizacya »Ustředni jednota českych lekařu«, której duszą jest redaktor »Časopisu lekařu českych«, prymaryusz Dr Jan Semerád. Organizacya ta obejmuje 98% wszystkich lekarzy czeskich.

Z czasopism lekarskich czytuje każdy lekarz czeski »Časopis lekařu českych«, a bardzo wielu także któreś z pism niemieckich, najczęściej »Münchener medizinische Wochenschrift«. Natomiast nie mają w Czechach czytelników czasopisma lekarskie ani polskie, ani rosyjskie. Największą przeszkodą jest tu nieznajomość terminologii, gdy niemiecka jest lekarzom — zwłaszcza starszym — dobrze znana. Stąd także ta tendencya do udawania się na uniwersytety zachodnie, a nieznajomość stosunków polskich i rosyjskich. Niewiele temu przeciwdziała zetknięcie się na Zjazdach lekarskich słowiańskich, gdzie bankiety i wycieczki wypełniają znaczną część czasu i gdzie ucho dopiero ostatniego dnia przywykać poczyna do języka większości uczestników; tu nie wystarczą Zjazdy, lecz trzeba ściślejszych, dłużej trwających stosunków na klinikach, w towarzystwach i w zdrojowiskach. Przez to pogłębiłyby się związki lekarzy słowiańskich między sobą, lekarze poznaliby wzajemnie swe postępy i ustałoby owo zgubne, ślepe kłanianie się niemieckiej wiedzy, niemieckiemu duchowi i wysługiwanie się niemieckiemu przemysłowi chemicznemu. Wszak temu przemysłowi lekarze słowiańscy co roku pchają do gardła miliony za stare leki pod nowemi etykietami, w niczem się od dawnych nie różniące.

Czeskie kliniki i zakłady lekarskie w Pradze odpowiadają wszelkim wymaganiom, ale można także i w szpitalach prowincyonalnych w Czechach i Morawach skorzystać obficie, wiele bowiem z nich dzięki hojności przedstawicielstw powiatowych jest tak dobrze urządzonych, że mogą współzawodniczyć z klinikami. Wydano na nie w ostatnich latach wiele milionów.

W naszych pismach lekarskich, czeskich i polskich, powinno być więcej wzajemnych wiadomości o naszej pracy, nie powinno się zdawać sprawy tylko z posiedzeń tego czy owego (małego nawet) Towarzystwa lekarskiego niemieckiego, ale na pierwszem miejscu z prac słowiańskich, w pismach polskich z prac czeskich, w pismach zaś czeskich z prac polskich. Jeżeli nie ma sprawozdawców dobrowolnych, to trzeba się o nich postarać. Również w zakresie zdrojownictwa powinniśmy się wzajemnie dopełniać i popierać. Jeżeli nie ma dla Czecha odpowiednich wód czeskich, to należy go posłać do zdrojowisk polskich, ale lekarze zdrojowi polscy muszą się z tego względu uczyć po czesku, na podobieństwo lekarzy zdrojowych w Luhačovicach, którzy już potrafią porozumiewać się po polsku. W kalendarzach lekarskich itd. należałoby wiadomości o zdrojach podawać w ten sposób, że w każdym dziale powinny być przytoczone na pierwszem miejscu najwidoczniejszym drukiem zdrojowiska własne, na drugiem miejscu inne słowiańskie, a dopiero na trzeciem miejscu drukiem zwyczajnym zdrojowiska obce. Trzeba oczywiście, aby się lekarze słowiańscy i właściciele zdrojowisk goręcej niemi zajęli, aby w zdrojowiskach tak polskich jak i cze-

skich czystość i urządzenia były tak dobre, jak w pierwszorzędnych niemieckich.

Stykając się z lekarzem czeskim, niechajże się polski lekarz nie ogląda na pewną jego towarzyską niezręczność, niech się nie zraża jędrniejszem nieraz jego wyrażeniem, niech ma to przeświadczenie, że lekarz czeski ma jednakowe sympatye dla wszystkich Słowian, bez względu na różnice wyznaniowe i polityczne, że Czesi współczują z każdym narodem, zwłaszcza uciśnionym, że radzi przebywają w gronie polskiem i radzi widzą lekarzy polskich wśród siebie. Im częstsze będą nasze stosunki, tem lepiej dla stron obu. Różnice wyrównają się i spełni się idea Kotlára, że każdy na pytanie: kim ty jesteś? nie odpowie: jestem Polakiem, jestem Czechem, lecz: jestem Słowianinem. W Europie zachodniej, w całym wogóle świecie, nie możemy mieć inaczej znaczenia, tylko zbiorowo jako Słowianie, których jest przecież 150 milionów.

I jeszcze jedno. Mojem zdaniem Czesi i Polacy złączeni zdołają łatwiej wpłynąć na Rosyę, uwolnić ten naród z pod wpływów niemieckich i dać początek erze słowiańskiej, tryumfowi słowiańskiej pracy i słowiańskiego ducha. A żaden stan nie jest mojem zdaniem do tego tak powołany i usposobiony, jak stan lekarski. Nie ograniczajmy się tylko do leczenia chorób ciała, leczmy i nasze dusze słowiańskie, uwolnijmy je od niezdrowej drażliwości, obudźmy drzemiącą energię, czerpmy naukę z historyi, jak mamy dziś postępować, a stanie się Grunwaldem każda polska i czeska wioska i z każdym dniem staniemy się godniejsi wolności i nie będziemy tworzyć pastwy dla germańskich zakusów.

Niepodobna spodziewać się, ażeby rychło wszyscy polscy i czescy lekarze zaczęli pracować nad stworzeniem polsko-czeskiej wzajemności. Ten trudny i niewdzięczny początek muszą wziąć na siebie po obu stronach ci, którzy nie dadzą się niepowodzeniem i zarzutami zastraszyć, ani zniechęcić. Za pięć lub dziesięć lat już wiele zmienić się może. Bierzmy się wzajemnie takimi, jakimi jesteśmy, nie wytykajmy sobie oddalających właściwości, pozostawiając ich wyrównanie niwelującemu wszystko czasowi, który to wszystko złagodzi, byleśmy mu w tem nie przeszkadzali.

Z poznania się wzajemnego wyniknie wzajemny szacunek i życzliwość, a z nich zrodzi się polsko-czeska wzajemność, wiodąca do wzajemności słowiańskiej takiej, jak ją pojmują ludzie wybitni i rozumni, n. p. Kwaśnicki i Bechtierew.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Wielka Podjaczeska 31 (Russkij Wracz), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18, (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX. Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie),; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47 a) (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (wlecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmologii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Członkowie Oddziału sanockiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich złożyli zamiast wieńców na trumnę ś. p. Dra Jacka Jabłońskiego, przewodniczącego oddziału, następujące kwoty na fundusz pensyjny i zapomogowy Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Kolega Godłowski z Liska 15 kor. Koledzy: Bielecki, Chotiner, Drewiński, Gilewicz, Górski, Herzig, Krynicki, Lic, Niziołek, Pajączkowski, Ramer, Stangenhaus, Turteltaub i Zaleski po 10 kor. Kol. Gedl 6 kor., Hefter 3 kor. Razem 164 kor. — Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Prezes: Machek, sekretarz: Zabłocki.

Kraków. Dyplom doktorski uzyskali pp. Rudolf Barabasz, rodem z Ustronia na Śląsku austr. i Stanisław Niedźwiecki z Warszawy.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Dr B. Wojciechowskiemu za roczniki czasopism, ofiarowane bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. VII. do 13. VII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych 4 † 1), krztuśca 2, ospy wietrznej 1, płonicy 3 † — (2 † 1), odry 1, duru brzusznego 3 † — (2 † 1), nagm. zapalenia opon mózg. (1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 8. VII. do 15. VII. 1912 przypadków: ospy 2, płonicy 2. Dr Trenkner.

Z różnych stron. VII. międzynarodowy Zjazd elektrologii i radyologii odbędzie się w Pradze od 3. do 8. października (a nie, jak pierwotnie zapowiedziano, od 26. do 31. lipca). W dniach 11—13 października odbędzie się Zjazd balneologów w Meranie. Informacyi z ramienia obu komitetów udziela Dr Zanietowski w Swoszowicach pod Krakowem.

— Deputacya szkolna w Berlinie zwróciła się do kierowników szkół z zachętą, by nauczyciele wykonywali z uczniami w czasie przerw między godzinami nauki ćwiczenia oddechowe, a dla własnego zdrowia brali osobiście w nich czynny udział.

Klęsk.

Mianowani: Doc. Dr Modrakowski nadzwyczajnym profesorem farmakologii we Lwowie; Dr Stanisław Orłowski kierownikiem filii warszawskiego szpitala św. Jana Bożego, Dr Janowski z Góry Kalwaryi lekarzem miejscowym tej filii.

Zmarli: Dr Bronisław Dziurlikowski w 37 r. ż. w Dobrzyniu nad Wisłą; Dr Stanisław Pawłowski w Turku w Kaliskiem.

Redakcya otrzymała: Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego. Rok 1905, Zeszyt II, III, IV. Rok 1906, Zeszyt II, III, IV. Rok 1907, Zeszyt II, III, IV. Rok 1908, Zeszyt III, IV. Rok 1909, Zeszyt I, II. i III. — J. M. Judt: Rentgenografia żołądka i jelit. (Odczyty kliniczne Nr 221 i 222). Warszawa.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Insipin (wyrób firmy Boehringer & S.). Dr Umberto Silva (Il Cesalpino, 1912, Nr 4). Derywat chininy, bez smaku, poddany przez autora doświadczeniom w szpitalu, w postaci zawiesiny. Trudna rozpuszczalność we wodzie, łatwa w kwasach (kw. solny żołądka), — co przyspiesza wessanie przetworu. Mniej objawów ubocznych, niż przy innych przetworach chininowych. Stosował autor przetwór ten w przypadkach zimnicy, duru i gorączki wieczornej u suchotników, ze skutkiem dobrym. Boch. W.

Bernatzika maść formaldehydowa (najwyższe zgęszczenie w postaci maści) przedstawia środek pewny przeciw poceniu się nóg i nadmiernemu poceniu się wogóle, zarazem zapobiega przeziębieniu się. Ll. W.

Trenczyn. Położenie malownicze; miły klimat; silna cieplica siarczana. Rozwój postępuje szybko. Przybywają pierwszorzędnie urządzone hotele i nowe urządzenia kąpielowe. Ilość kuracyuszów z kraju i zagranicy wzrasta stale. Ms. W.

Rok LI. Kraków, dnia 27. lipca 1912. Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

Nie wątpimy, że przyszłość szczęśliwszą będzie w ocenianiu takich przypadków, które się nadają do przerwania ciąży ze względu na jakość mającego urodzić się płodu, gdy niejedno się jeszcze wyświetli na podstawie dokładnego poznania praw dziedziczenia i naodwrót zacierania się pewnych cech chorobowych w dalszych pokoleniach, a przedewszystkiem na podstawie bardzo ścisłych dat statystycznych, któreby były oparte na śledzeniu umysłowości wszystkich dzieci, pochodzących z osobników, dotkniętych chorobami umysłowemi. Dzisiejsze bowiem metody badania, polegające na tem, że psychiatrzy poszukują dziedzicznego obarczenia jedynie tylko w kierunku wstępującym w każdym zgłaszającym się do nich przypadku choroby umysłowej, są niedostateczne i niewystarczające. Na tej drodze mogą oni dojść jedynie do pewnych bardzo ograniczonych tylko wniosków w kierunku praw dziedziczności. Nigdy bowiem nie zgłasza się do nich ów niemniej liczny zastęp tych, którzy pochodzą wprawdzie z rodziców umysłowo chorych, którzy jednak nigdy nie zapadali na żadną z chorób umysłowych, ani też nawet nerwowych. To też wtedy jedynie dałyby się budować jakieś ogólniejsze i dla zagadnienia naszego bardziej wartościowe prawa, gdyby zajmujący się tą sprawą lekarze nie szukali w danym przypadku tylko dziedzicznego obarczenia w kierunku wstępującym, lecz obok tego zajmowali się i badaniem umysłowości wszystkich osób, pochodzących z jednej pary rodziców, a zatem badaniem stanu umysłowego potomstwa. Dopiero tego rodzaju badania przy pomocy tak zwanych tablic genealogicznych i porównywania stosunku dziedzicznego obarczenia u umysłowo chorych do dziedzicznego obarczenia u zdrowych (Strohmayer [1]), Jenny Kohler [2]), obok układania tablic przodków w kilku przynajmniej generacyach, jak to proponuje Lorenz [1]), pozwolą może na wyprowadzenie jakichś pewniejszych i jednolitszych wniosków.

[1]) Ueber die Bedeutung der Individualstatistik bei der Erblichkeitsfrage in der Neuro- und Psychopathologie. München. med. Woch. 1901, Nr 45 i 46.

[2]) Beitrag zur Erblichkeitstatistik der Geisteskranken im Canton Zürich; Vergleichung derselben mit der erblichen Belastung gesunder Menschen durch Geistesstörungen u. s. w. Arch. für Psychiatrie u. Nervenk. T. 27. zesz. 1.

Bokelman [2]) sądzi, że niejedno się może jeszcze wyjaśni przy pomocy ścisłego badania i w tym kierunku, czy dzieci urodzone z jednego lub obojga umysłowo chorych rodziców w czasie, kiedy jedno lub oboje rodzice byli właśnie umysłowo chorzy, są skłonniejsze do zapadania na choroby nerwowe i umysłowe, niż dzieci, urodzone z tych samych rodziców w okresie ich względnego, lub zupełnego zdrowia.

Näcke [3]) jednak nie wierzy już dzisiaj w to, ażeby między tem potomstwem mogła być zasadnicza różnica. Nie należy bowiem zdaniem jego zapominać, że jakkolwiek niebezpieczeństwo odziedziczania skłonności psychopatycznych mniejsze jest u potomstwa, gdy jego rodzice znajdują się w stanie względnego zdrowia, to jednak istnieje ono i nadal, ponieważ mózg chorego zawsze jeszcze będzie owem miejscem mniejszej odporności, które jako takie może być odziedziczane.

IV. Obecnie w kilku tylko słowach o prawnej stronie przerywania ciąży w przebiegu chorób umysłowych. Wiadomo, że według kodeksu karnego nie wolno nigdy lekarzowi, ani też jakiejkolwiek innej osobie przerywać ciąży, bez względu na to, czy kobieta ciężarna sobie życzy tego, czy nie. W każdym przypadku jest przerwanie ciąży uważane za zbrodnię i jako taka karane więzieniem. Dopiero mniej więcej w połowie XIX wieku zgodzono się prawie wszędzie wśród lekarzy wbrew istniejącej ustawie uważać za wskazanie do przerwania ciąży niebezpieczeństwo, jakie zagraża życiu matki ze strony rozwijającego się w jej łonie płodu. A nadto ustalono, że przerywanie ciąży dozwolone będzie tylko tam, gdzie ciąża lub ewentualny poród w ten sposób zagrażają życiu matki, iż nie można usunąć tego niebezpieczeństwa na innej drodze i gdzie jest pewnem, że przerwanie ciąży usunie niezawodnie wynikłe z niej niebezpieczeństwo.

Tego rodzaju zapatrywanie, które i dla sędziego stało

[1]) Cytowany przez Strohmayera w Münch. med. Wochen. 1901, Nr 45.

[2]) Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten. Verlag C. Marhold 1907.

[3]) Castration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. Psych.-neurol. Woch. 1905, Nr 29.

się niejako napisaną ustawą, nie załatwia jeszcze naszego zagadnienia, ponieważ choroby umysłowe prawie nigdy nie grożą kobiecie niebezpieczeństwem utraty życia. A gdyby i tak było, to jednak takie stawianie sprawy jest już dzisiaj zupełnie niewystarczające, bo jest jedynie tylko prawnem i socyalnem, a nie lekarsko-humanitarnem, jak to słusznie podnosi Friedman, ponieważ poświęcenie kobiety na łup nieuleczalnej choroby umysłowej, której może możnaby było zapobiedz przez wzniecenie poronienia, tylko dlatego, że kobiecie nie zagraża niebezpieczeństwo utraty życia, nie może się zgoła pogodzić z etyką sumiennego lekarza.

Prawdą jest, że nigdy jeszcze nie pociągano do odpowiedzialności karnej lekarza, który wzniecał poronienie na podstawie ścisłych naukowych wskazań, jak to podniósł Kaminer w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem w r. 1902 i Prof. Rosenblatt na tym Zjeździe w swoim referacie, i to należy niewątpliwie podnieść na chlubę naszego sądownictwa, które pozostawia lekarzom w tym kierunku wolną rękę, odnosząc się z zaufaniem do ich sumiennego wykonywania obowiązków i do tego, że nie nadużyją przyznanych im koncesyi i upoważnień. Brak jednak jakichkolwiek w tym kierunku postanowień przyczynia się z drugiej strony do tego, że niektórzy, jak Kossmann i Dührssen [1]), ostrzegają przed wzniecaniem poronienia z jakichkolwiek bądź powodów, a to dla braku ochrony lekarza przez ustawę, a stąd i niepewności ewentualnego orzeczenia sądowego, nawet w przypadkach, nie nasuwających żadnego zresztą podejrzenia.

To też z zadowoleniem powitać należy projekt nowe ustawy karnej, zawierający tego rodzaju postanowienia, że będą one mogły zupełnie zadowolnić i nas psychiatrów, o ile chodzi o wskazania do przerwania ciąży ze względu na zdrowie i życie matki. Odpowiedni bowiem paragraf postanawia, że lekarz, który spędza płód, albo też zabija go w łonie matki, nie będzie pociągany do odpowiedzialności karnej, jeśli zabiegu tego dokonywa w tym celu, ażeby uchronić ciężarną od niedającego się w inny sposób usunąć niebezpieczeństwa utraty życia, albo też trwałego ciężkiego upośledzenia zdrowia.

W drugiej części naszego referatu poruszyliśmy sprawę przerywania ciąży ze względu na dziedziczne obarczenie mającego urodzić się płodu w przypadkach chorób umysłowych rodziców. Otóż, jakkolwiek i sprawa przerywania ciąży ze względu na niebezpieczeństwo, grożące matce, jest o tyle tylko unormowana, (pomijamy tu projekt nowej ustawy, który jeszcze nie został przyjęty), że sędzia nie pociąga do odpowiedzialności karnej lekarza, który uważał za konieczne przerwanie ciąży na podstawie dzisiejszego stanu wiedzy lekarskiej — mimo, że ustawa nie zawiera żadnych w tym kierunku ustępstw, przeznaczając karę więzienia na każdego za wzniecenie poronienia — to jednak co do wskazań dla przerwania ciąży ze względu na jakość mającego urodzić się płodu, musiałaby ona koniecznie zawierać pewne koncesye. Naturalnie, że ostateczną decyzyę powinna ona i w tych przypadkach pozostawić lekarzom, a sama pociągać do odpowiedzialności karnej tych, którzy, korzystając z owych koncesyi, nadużywają położonego w nich zaufania, jak to się zresztą dzieje i w przypadkach zbrodniczego spędzania płodu pod pozorem niebezpieczeństwa, zagrażającego życiu matki.

Rozumiemy jednak, że ustawodawca nie może dzisiaj myśleć o ustawowem normowaniu sprawy, co do której istnieją obecnie jeszcze nawet w świecie lekarskim zupełnie sprzeczne zapatrywania i od której większość lekarzy się usuwa, jako od sprawy na razie niedojrzałej do naukowego i poważnego traktowania. Tu więc nam przedewszystkiem głos zabierać i sprawę postawić jasno bez wszelkiej dwulicowości.

(Dok. nast.).

[1]) Cyt. przez Haberdę w Wien. klin. Woch. 1905, Nr 10.

Z kliniki terapeutycznej Uniwersytetu w Kijowie. Dyrektor Prof. Dr K. Wagner.

O wpływie mięsa białego i czarnego na wydzielanie kwasu moczowego oraz innych ciał azotowych moczu

podali

Doc. Dr Żebrowski i Doc. Dr A. Ziwert.

(Dokończenie).

Doświadczenia nasze wskazują, że ilość wydzielanego kwasu moczowego przy przejściu na dyetę bezpurynową szybko spada i już w 2—3. dniu dochodzi do określonego poziomu, odpowiadającego ilości wnętrznego kwasu moczowego. Wyjątek stanowi tylko pod tym względem doświadczenie VII, gdzie brakowało szybkiego spadku z powodu wybitnie patologicznego stanu przemiany purynowej. Ilość wnętrznego kwasu moczowego w doświadczeniach naszych wahała się u poszczególnych osobników od 0,227—0,578 gr. Ilość ta była dość stała w każdym poszczególnym przypadku, przyczem dzienne wahania w każdym przypadku były stosunkowo bardzo nieznaczne. Wahania te nie stały w żadnym stosunku do wahań w ilości ogólnego azotu. Po spożyciu mięsa ilość wydzielonego kwasu moczowego znacznie się zwiększa. Najwybitniejsze zwiększenie wypada w drugim dniu mięsnym.

Dalej, w ciągu następnego okresu bezpurynowego ilość wydzielanego kwasu moczowego mniej lub więcej szybko spada i dochodzi do dawnej ilości wnętrznego kwasu moczowego. To zwiększanie się kwasu moczowego wywołane jest wydzielaniem się kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, z zasad purynowych mięsa. Jeżeli porównamy wydzielanie kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, po spożyciu mięsa białego i czarnego, to zobaczymy, że po pierwsze po mięsie białem maximum wydzielania jest większe, niż po mięsie czarnem, po drugie (na co zwracamy szczególnie uwagę) wyprowadzanie kwasu moczowego po mięsie białem odbywa się znacznie prędzej, niż po mięsie czarnem. Zjawisko to wybitnie wystąpiło w pierwszych czterech przypadkach, t. j. w doświadczeniach na osobach w średnim wieku.

Gdy po mięsie białem wszystek kwas moczowy, pochodzący z zewnątrz, wydziela się w ciągu 2—3 dni, to po

mięsie czarnem wydzielanie to trwa 4—7 dni. Z doświadczeń naszych wynika, że po mięsie białem i czarnem wydziela się mniej więcej jednakowa ilość kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz.

Po mięsie czarnem:

		kwasu moczowego	mięsa czarnego
w doświadczeniu I wydzieliło się		0,873 gr.	z 800 gr
» II	»	0,934 »	» 800 »
» III	»	0,917 »	» 800 »
» IV	»	0,852 »	» 800 »
» V	»	0,998 »	» 800 »
» VI	»	0,598 »	» 400
w ogólności wydzieliło się		5,162 gr	po 4.400

A więc po 100 gr mięsa czarnego średnio wydzieliło się $\frac{5,162}{44} = 0,117$ gr kwasu moczowego pochocego z zewnątrz.

Po mięsie białem:

		kwasu moczowego	mięsa białego
w doświadczeniu I wydzieliło się		0,913 gr	z 800
» III	»	0,950 »	» 800 »
» IV	»	0,939 »	» 800 »
» V	»	0,876 »	» 800 »
ogółem wydzieliło się		3,678 gr	po 3200 gr

A więc po 100 gr mięsa białego średnio wydzieliło się $\frac{3,678}{32} = 0,115$ gr kwasu moczowego.

Różnica więc w ilościach wydzielanego kwasu moczowego po mięsie czarnem i białem jest bardzo mała, toteż nie może ona tłumaczyć żadną miarą tego wybitnego zwolnienia w wydzielaniu kwasu moczowego, jakie spotykamy po spożyciu mięsa czarnego. Według Burian-Halla i Burian-Schuta (24) 100 gr świeżego mięsa wołowego zawiera od 0,055—0,071 gr azotu purynowego, średnio = 0,06 gr. Wobec tego po 100 gr mięsa wołowego powinno się wydzielić 0,06 gr azotu purynowego = 0,150 gr kwasu moczowego. Jednakowoż wydzielanie takie nigdy nie daje się zauważyć, albowiem pewna część azotu purynowego (do 50%) podlega w ustroju dalszemu utlenieniu.

W naszych doświadczeniach po 100 gr mięsa wołowego wydzieliło się 0,117 gr kwasu moczowego, t. j. około 65% przypuszczalnej całej ilości. Reszta, t. j. 35% częściowo przeszła przez przewód pokarmowy, częściowo zaś uległa w ustroju dalszemu utlenieniu. Należy przypuszczać, że taki sam odsetek kwasu moczowego wydzielał się i po mięsie białem, w którem ilość zasad purynowych do tej pory jeszcze nie jest znana. Powracając do wskazanej wyżej różnicy w wydzielaniu kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, po mięsie czarnem i białem, musimy sobie zadać pytanie, co wywołuje tę różnicę, a mianowicie zwolnienie w wydzielaniu kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, po mięsie czarnem? Okoliczność, że ilość wydzielonego kwasu moczowego, pochodzącego z zewnątrz, po obydwóch gatunkach mięsa była jednakowa, przemawia wyraźnie za tem, że nie chodzi tu o różne ilości wydzielonego kwasu moczowego. Z drugiej zaś strony według Königxa przyswajanie mięsa czarnego i białego jest prawie jednakowe. Dla wytłumaczenia tej różnicy możliwe są więc dzisiaj tylko przypuszczenia. Być może, że zasady purynowe mięsa czarnego i białego różnie prędko uwalniają i utleniają się w ustroju, skutkiem tego zasady purynowe jednego gatunku mięsa opuszczają ustrój prędzej, niż drugiego. Możliwe jest jednak i inne przypuszczenie, a mianowicie, że zasady purynowe mięsa białego, przy utlenianiu dają w ustroju takie połączenia kwasu moczowego, które są więcej »harnfähig«, t. j. łatwiej przechodzą przez nerki, niż kwas moczowy mięsa czarnego.

Na zakończenie pracy dotkniemy jeszcze w kilku słowach praktycznej wartości naszych badań. Wyniki naszych doświadczeń pozwalają nam ustalić następujący punkt widzenia. W przypadkach, gdzie mamy podejrzenie pewnych niedokładności w purynowej przemianie materyi, należy wogóle bardzo ostrożnie podawać pokarm mięsny, który jest obfitem źródłem kwasu moczowego.

Niezupełnie zgadzamy się z Noordenem i Schliepem (25), którzy w przypadkach niedokładnej przemiany materyi radzą indywidualizowaną mięsną dyetę, t. j. taką, która ze względu na ilość zasad purynowych, w każdym poszczególnym przypadku nie przekracza tej granicy, poza którą następuje już zatrzymanie i gromadzenie w ustroju kwasu moczowego. Sądzimy, że przy codziennem podawaniu mięsa, nawet w ilościach poniżej wspomnianej granicy, w każdym razie mogą się w końcu nagromadzić pewne ilości kwasu moczowego, tembardziej, że wydzielanie kwasu po spożyciu mięsa, jak wskazują nasze doświadczenia, nie kończy się w ciągu jednego dnia.

Wobec tego zdaje się, że sposób, którego używa Umber (8), zasługuje na pierwszeństwo. Umber po podaniu mięsa określa, przez wiele dni wydziela się wytworzony ze spożytego mięsa kwas moczowy pochodzenia zewnętrznego (exogen) i odpowiednio do otrzymanych danych po każdym dniu mięsnym wyznacza odpowiednią ilość dni postnych, t. j. bezpurynowych. Przy takiem wyznaczaniu dni mięsnych, a następnie postnych (bezpurynowych) możemy najlepiej przeciwdziałać nagromadzeniu się kwasu moczowego w ustroju przy takich sprawach, naprzykład, jak dna.

Oświadczając się za mniejszą lub większą ilością dni postnych w przypadkach zaburzeń w purynowej przemianie materyi, nie możemy tutaj nie zwrócić uwagi na zdrowy instynkt narodów i ich prawodawców, którzy w przepisach kościelnych żądają zachowywania okresowych postów. Wyznaczanie jednak całego szeregu dni postnych w większości przypadków może się okazać trudne do przeprowadzenia i tutaj zdaje się nam, że mięso białe może odegrać wielką rolę, a to dzięki temu, że produkty przemiany purynowej po mięsie białem wydzielają się z ustroju szybciej, niż po mięsie czarnem.

Ilość dni postnych wobec tego może być w każdym poszczególnym przypadku znacznie zmniejszona i chory bez szkody dla siebie może częściej korzystać z pokarmu mięsnego, z którego przywykł otrzymywać swoje zapasy białkowe.

Piśmiennictwo. 1) O. Minkowski: Handbuch d. Ernährugstherapie von Leyden, t. 2, str. 519. 2) Tenże: Specielle Pathologie und Therapie v. Nothnagel, t. 7, str. 284. 3) Senator: Tamże, t. 19. str. 236. 4) v. Ziemssen: Handbuch d. Ernährungstherapie von Leyden, t. 2, str. 635. 5) N. Ortner: Lekcyi po

czastnoj tierapji wnutriennich boliezniej, Petersburg 1900 r., str. 102. 6) A. Robin: Rukowodstwo k czastnoj tierapji, Petersburg, 1896 r., str. 74. 7) Leube: Handbuch d. spec. Therapie v. Penzold u. Stintzing, t. 6, str. 242. 8) Umber: Lehrbuch d. Stoffwechselkrank. Berlin, 1909 r., str. 318. 9) Stern: v. Mering's Lehrbuch der inneren Medizin, Jena, 1908 r, str. 650. 10) Hirschfeld: Nahrungsmittel und Ernährung, Berlin, 1900 r., str. 43. 11) O. Ziemssen: Berliner klin. Wochenschrift, 1909 r., str. 1554. 12) v. Noorden: Verhandlung d. Congress f. inn. Medizin in Karlsbad 1899 r., str. 387. 13) Offer und Rosenqvist: Berl. klin. Wochenschrift, 1899 r., str. 937. 14) Senator: Tamże, 1899 r., str. 990. 15) Tenże: Tamże, str. 1087. 16) Offer: Wiener klin. Wochenschrift, 1903 r., str. 751. 17) Offer und Rosenqvist: Berliner klin. Wochenschrift, 1899 r., str. 1086. 18) Adler: Tamże, 1908 r., str. 393. 19) Kaufmann u. Mohr: Zeitschrift für klin. Medizin, 1902 r., t. 44, str. 441. 20) Pabst: Berliner klin. Wochenschrift, 1900 r., str. 547. 21) Köster: Według podanego w Zeitschrift für diätet u. phys. Therapie, 1903—1904 r., t. 7, str. 519. 22) Kusznir: Prakticzeskij Wracz, 1902 r., str. 1073. 23) Di Giovine: Według Semaine médicale. 1909 r., str. 454. 24) C. v. Noorden: Handbuch d. Pathologie des Stoffwechs. t. I., str. 122. 25) Noorden u. Schliep: Berliner klin. Wochenschrift, 1905 r., str. 1297.

Przypadek ostrej niedrożności w jelicie biodrowem przez zatkanie i wgłobienie

podał

Dr Jan Gawlik (Zakopane).

M. N. lat 48 z O., dotąd zupełnie zdrów, zachorował nagle wśród bolów w prawej połowie brzucha, wymiotów, wzdęcia, zatrzymania wiatrów i stolca. Zawezwany lekarz rozpoznał ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i skierował chorego do mnie po upływie pierwszej doby od zachorowania w celu wykonania operacyi wczesnej.

Stan d. 27. VI. 1912 rano: Ciepłota 37° C., tętno 90, dobrze napięte. Rysy twarzy zaostrzone, język podsychający. Brzuch w całości bardzo znacznie wzdęty tak pod, jak i nad pępkiem. Odgłos wypukowy wszędzie wysoki bębenkowy, przepona wysoko. Oddech powierzchowny, szybki. Bolesność przy dotykaniu największa w okolicy prawego dołu biodrowego. Silniejszego napięcia mięśni po stronie prawej wykazać nie można. Badanie przez kiszkę stolcową nie wykazuje żadnych nieprawidłowych oporów. Brak stolca i wiatrów od 24 godzin. Wśród badania kilkakrotnie czkawka; wymioty treścią pokarmową. Po badaniu widać przez powłoki brzuszne dość żywy ruch robaczkowy w rozdętych pętlach jelit.

Rozpoznanie wahało się między niedrożnością mechaniczną z przyczyn bliżej określić się nie dających, a zapaleniem ostrem wyrostka robaczkowego z przebiciem.

Natychmiast przystąpiłem do laparotomii. Cięcie przy brzegu prawego m. prostego. Po otwarciu jamy brzusznej wylewa się obfita ilość jasnego przeźroczystego przesięku, w ranę brzuszną wstawiają się żywo czerwono zabarwione, gładkie, lśniące, bardzo silnie rozdęte pętle jelita cienkiego. Po rozszerzeniu rany powłok ku górze i rozciągnięciu brzegów wsunąłem z powrotem wypadnięte pętle, zabezpieczyłem je chustami i zacząłem szukać jelita ślepego.

Okazało się, że jelito ślepe, skurczone, blado zabarwione, umieszczone wyżej niż zwykle, a przytem jeszcze przemieszczone ku górze i pokryte rozdętemi pętlami jelit cienkich, nie przedstawia poza tem żadnych zmian. Z trudnością udało się jelito ślepe podciągnąć w ranę i rozpocząć poszukiwania przeszkody ku górze wzdłuż jelita biodrowego.

Jelito biodrowe przy ujściu do ślepego blade, skurczone. Dopiero w odległości około 20 cm. od zastawki biodrowokątniczej natrafiłem na gruby wał, który, wytoczony wraz z sąsiedniemi pętlami przed powłoki, okazał się wgłobieniem jelita biodrowego na dosyć znacznej przestrzeni.

Odprowadzenie wgłobienia udało się szybko i łatwo. Jelito grube wypełniło się natychmiast gazami.

Pętle biorące udział w wgłobieniu przekrwione, ale otrzewna wszędzie gładka lśniąca.

W miejscu odpowiadającem szczytowi części wgłobionej, t. j. w odległości około 40 cm od zastawki biodrowokątniczej, czuć we wnętrzu pętli guz twardy, gładki, kształtu i wielkości kurzego jaja, uszypułowany, bo przy usiłowanem przesuwaniu go ku jelitu ślepemu widać lejkowate wciąganie się ściany pętli od zewnątrz ku światłu na ściśle ograniczonej przestrzeni.

Ścianę pętli rozcięto nad guzem podłużnie naprzeciw krezki na przestrzeni około 5 cm po poprzedniem opróżnieniu z treści, między uciskadłami Doyena. Wynicowano guz, który okazał się uszypułowanym włókniakiem podśluzowym i wycięto go wraz z częścią ściany kiszki wrzecionowato w częściach zdrowych. Podłużną ranę w jelicie zaszyto poprzecznie (jak przy pyloroplastyce Mikulicza) szwem ciągłym dwupiętrowym. Ranę brzuszną w całości zaszyto. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy. Chory opuścił zakład wyleczony po 12 dniach.

Opisany przypadek przedstawia dosyć rzadki typ niedrożności ostrej jelita, skombinowanej z dwóch zmian, zatkania (obturatio) i wgłobienia (invaginatio). Włókniak kształtu polipa, rosnąc prawdopodobnie powoli, bo nie sprawiał u chorego żadnych przypadłości, dosięgnął wreszcie takich rozmiarów, że wypełnił światło jelita. Sam przez się jednak nie był dostateczną przyczyną do powstania ostrej niedrożności, przyczynił się tylko do utrudnienia krążenia treści kałowej, ale przez usadowienie swoje w tej właśnie części jelita biodrowego stworzył warunki do powstania wgłobienia.

Wiadomo, że jelito biodrowe w końcowej części posiada krótką krezkę i jest z tego powodu mało ruchome. Guz usadowił się w opisanym przypadku w tej części jelita, gdzie krezka jest jeszcze dosyć długa. Gdy wskutek wzrostu guza wytworzyło się zwężenie światła jelita przez zatkanie (obturatio), wzmożony wskutek tego ruch robaczkowy w pętlach powyżej przeszkody wgłobił, popychając przed sobą guz, odcinek jelita biodrowego wyżej położony, dobrze ruchomy, w część niżej położoną, bliższą jelita ślepego, mało ruchomą.

Wtedy dopiero wytworzyły się objawy niedrożności ostrej. Etyologia wgłobień, zazwyczaj niejasna w rzadkich przypadkach tego cierpienia u dorosłych, przedstawia się w opisanym przypadku zupełnie zrozumiale.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Saccone. **O wydalaniu i własnościach trujących dioksydiamidoarsenobenzolu.** (Riforma medica, 1912, Nr 12). S. czynił doświadczenia na psach i królikach, którym wstrzykiwał salwarsan podskórnie lub śródmięśniowo; używał zawsze rozczynu obojętnego, sporządzonego według przepisu Ehrlicha. Arszeniku poszukiwał w moczu metodą Gutzeita, nadto wszystkie mocze badał co do indofenolu.

S. dochodzi do następujących wniosków: Dioksydiamidoarsenobenzol, zastosowany u zwierząt w rozczynie obojętnym, czy to podskórnie, czy śródmięśniowo, wydziela się przez nerki, a częściowo także i przez błonę śluzową jelita. Podczas pierwszych dni opuszcza ustrój prawdopodobnie niezmieniony, albowiem w moczu wypada dodatnio nietylko próba arszeniku, ale także i próba indofenolu, coby wskazywało, że także i część amidonu przetworu zostaje równocześnie wydalona. W następnym okresie czasu, który się może przeciągnąć i do miesiąca, spotyka się w moczu tylko odczyn arszeniku, natomiast odczyn indofenolu znika, tak, że należy przypuszczać, iż arszenik znajduje się teraz w ustroju tylko w postaci składników nieorganicznych. W miejscach wstrzykiwania spotyka się ogniska martwicze, które mogą dać następnie powód do wytworzenia się tkanki bliznowatej. Stosunkowo niewielkie dawki salwarsanu mogą wywołać ciężkie objawy toksyczne ogólne; w jelicie występuje przerost grudek limfatycznych, wybroczynki i ogniska martwicze; także w nerkach mogą powstać ogniska wybroczynowe i rozlane miąższowe zapalenia. Dr T. T.

Théohari. **Wpływ dyety mięsnej na pewien rodzaj doświadczalnych zapaleń nerek.** (Journ. de phys. et de pathol. gén. 1911, Nr 6). Autor wywoływał u psów zapalenie nerek przez wstrzyknięcie soli uranowych; następnie badał wpływ dyety roślinnej i mięsnej. Wykonał 22 doświadczeń, z których wynika, że psy z takiem zapaleniem nerek mogą bardzo długo żyć przy podawaniu dyety roślinnej. Z biegiem czasu mocz staje się wodnisty, ilość białka zmniejsza się; osad zawiera w niewielkiej ilości wałeczki. Jeżeli następnie dać takim psom 1—2 razy mięso surowe, to giną one w ciągu kilku dni wśród objawów mocznicy. Z 9 psów w takich warunkach nie padł tylko jeden. Nie mniej szkodliwe jest i mięso gotowane lub smażone: z 6 psów zostało przy życiu 2. Jeżeli podawać mięso z samego początku zapalenia nerek (5 doświadczeń, 1 pies pozostał przy życiu), to objawy mocznicy występują bardzo szybko. Ilość białka wzrasta olbrzymio (do 15,0 na litr), a badanie osadu wykazuje rozległe łuszczenie się i zwyrodnienie nabłonka cewek nerkowych. Ostateczny więc wniosek, że dyeta mięsna jest najczęściej śmiertelną dla psów z zapaleniem nerek, wywołanem solami uranu.
Dr L. Mańkowski.

Lemaire i Debré. **Badania nad przechodzeniem surowic antytoksycznych do płynu mózgowo-rdzeniowego.** (Journ. de phys. et de pathol. génér. 1911, Nr 2). Chociaż spostrzeżenia kliniczne wskazywały, że opony mózgowe są bardzo mało przepuszczalne w kierunku ku wewnątrz i że surowica antytoksyczna, wstrzyknięta pod skórę, nie przechodzi przez opony w ilości dostatecznej, jednakowoż ta nieprzepuszczalność opon nie została dotychczas doświadczalnie stwierdzona. A nie jest to rzeczą obojętną wobec częstości stosowania surowicy, czy przechodzi ona chociażby w ilościach minimalnych do płynu mózgowo-rdzeniowego.

Doświadczenia swe przeprowadzili autorowie na psach. Wstrzykiwano zwierzęciu podskórnie surowicę przeciwtężcową (końską) i następnie badano płyn mózgowordzeniowy co do obecności białka końskiego i substancyi uodporniających. Autorowie wykryli, że płyn mózgowordzeniowy psa zdrowego po wstrzyknięciu surowicy przeciwtężcowej w ilości 1/100 wagi jego ciała, nie zawiera białka końskiego, a zawiera ciała uodporniające w ilości takiej, że 1 część płynu zabezpiecza 20—25 części ciała myszy. Porównując w tym kierunku własności surowicy krwi psa, znaleźli autorowie, że zawiera ona ogromne ilości białka końskiego, a 1 część jej zabezpiecza 10.000 części ciała myszy. Siła uodparniająca płynu mózgowo-rdzeniowego jest więc kilka tysięcy razy słabsza. Wobec tego zrozumiałym jest słaby wpływ wstrzyknięć podskórnych surowicy przeciwmeningokokowej.

W dalszych doświadczeniach przez wstrzyknięcie morfiny wywoływali autorowie zmianę w krążeniu krwi w mózgu; zresztą zaś doświadczenie wykonywano w tensam jak poprzednie sposób. Tutaj okazało się, że płyn mózgowordzeniowy zawiera ślady białka końskiego, a siła jego uodporniająca zwiękkszyła się trzykrotnie (1—60 jednostek). Natomiast siła uodporniająca surowicy zmniejszyła się z 10.000 na 1100. Autorowie przekonali się, że te zmiany w napięciu siły uodporniającej nie zależą od bezpośredniego wpływu morfiny, a powstają prawdopodobnie przez działanie jej naczynioruchowe. Dr L. Mańkowski.

Legendre i Piéron. **Wpływ zmęczenia mięśni na komórki nerwowe mózgu.** (Journ. de phys. et de path. gén. 1911, Nr 4). W poprzednich swych pracach autorowie wykazali, że bezsenność doświadczalna wywołuje między innemi zmiany w komorkach nerwowych zrazu czołowego. Jednakowoż nie można było tutaj zupełnie uniknąć możliwości wpływu zmęczenia mięśni. W pracy niniejszej autorowie wzięli sobie za zadanie zbadać wpływ powyższy, a to tem bardziej, że dotychczasowe badania w tym kierunku dały wyniki sprzeczne. Autorowie zbadali histologicznie komórki nerwowe 1) u psów, które biegały w kole (średnica 3 metry), 2) u myszy (mus decumanus), których część biegała w kole (średnica 17 cm), a drugą część poddawano wstrząśnieniom w specyalnym przyrządzie, 3) u kozła. Kawałki kory mózgowej do badania wycinano zawsze w jednych i tych samych, stale określonych miejscach. Z badań tych wynika, że fizyologiczne zmęczenie mięśni nie wywołuje określonych zmian w komórkach nerwowych, wprost przeciwnie niż bywa przy pobudzeniu prądem elektrycznym lub strychniną. Trzeba więc przyjąć, że objawy, zwykle występujące po silnem zmęczeniu mięśni, mogą zależeć od pozbawienia komórek tlenu, lub od działania jakiejś toksyny, nie zmieniającej jednakowoż budowy komórek, lub też wreszcie, że objawy te powstają jakąś inną drogą, nie przez układ nerwowy. L. Mańkowski.

Panto. **O czynnem uodpornianiu kóz przeciw gorączce maltańskiej.** (Riforma medica, 1912, Nr 13). Głównem źródłem tej choroby jest mocz, zwłaszcza zaś mleko kóz nią dotkniętych; najważniejszym więc środkiem zapobiegawczym jest gotowanie mleka koziego, z drugiej zaś strony uodpornianie ludzi przez szczepienie hodowli drobnoustroju maltańskiego (micrococco melitense di Bruce). P. starał się w tym samym celu uodporniać kozy, jako główne roznosicielki zarazy. Czynił to w sposób następujący: naprzód przekonywał się zapomocą serodyagnozy Wrighta i odczynu mlecznego (lattoreazione) Zammitu, czy w ustroju zwierząt nie znajduje się drobnoustrój Brucego; jako szczepionką wprowadzaną podskórnie, posługiwał się zawiesiną drobnoustrojów maltańskich, sporządzoną z hodowli agarowej, zabitej działaniem ciepłoty 60° C. Doszedł do następujących wyników: Szczepienie zapobiegawcze nawet dużych ilości zawiesiny zabitego zarazka maltańskiego nie zdoła uodpornić kozy dłużej nad 2—3 tygodni przeciw żywej, jadowitej hodowli, wprowadzanej już to wewnętrznie, już to śródżylnie (mimo, że surowica danych zwierząt okazywała swoistą aglutynacyę, czego nie było oczywiście przed rozpoczęciem szczepienia); przypuszcza, że możeby szczepienie przez dłuższy czas mogło doprowadzić do lepszych wyników, coby jednak właśnie z powodu potrzebnego dłuższego czasu nie nadawało się do celów praktycznych. Dr T. T.

Medycyna wewnętrzna.

1) Gley i Gleret. **Badania nad patogenezą choroby Basedowa.** 2) Gley. **Badania nad patogenezą choroby Basedowa.** (Journ. de phys. et de pathol. géner. 1911, Nr 6).

Ze stanowiska teoryi, uznającej chorobę Basedowa za skutek wzmożonej działalności tarczycy i nadnercza, badanie wpływu surowicy krwi takich chorych na układ ser-

cowo-naczyniowy przedstawia ogromną wartość. Gley i Gleret robili doświadczenia z surowicą 6 osób z wybitnymi objawami choroby Basedowa. Surowicę wstrzykiwali śródżylnie psu, znajdującemu się w śnie chloralozowym. Z 6 surowic jedna okazała się nieczynną, 3 wywarły wpływ bardzo nieznaczny, 2 były czynne. Z doświadczeń autorów wynika, że surowica wywiera wpływ na serce i naczynia psa lub królika dopiero w dawce 5 cm sz. na kilogram wagi. Czasami nawet i ta dawka u psa okazuje się niedostateczną. Przy dawce dostatecznej występuje mniej lub więcej wyraźne zwiększenie liczby uderzeń serca przy jednoczesnem zmniejszaniu się wysokości fali krwi. Ciśnienie krwi podnosi się, ale rychło opada. Przy następnem wstrzyknięciu wpływ surowicy słabnie. Porównując to działanie surowicy z działaniem wyciągu tarczycy i adrenaliny, dochodzą autorowie do przekonania, że zespołu objawów choroby Basedowa nie można przypisywać hypertyreoidyzmowi samemu, ani też jemu w połączeniu z adrenalinemią. Prędzej możnaby przypuszczać działanie tarczycy zmienione, tak zwany dystyreoidyzm.

Następnie Gley badał wpływ wyciągu tarczycy ludzi chorych na chorobę Basedowa. Wyniki są następujące: Wstrzyknięcie wyciągu obniża znacznie i na czas dłuższy ciśnienie krwi. Jednocześnie siła skurczu serca zmniejsza się. Wstrzyknięcie powtórne wywołuje takie same objawy, tylko w stopniu słabszym. Dr L. Mańkowski.

Scalfati. **O działaniu digalenu, naparstnicy, digitoksyny i strofantyny na serce w stanie zwyrodnienia tłuszczowego.** (Riforma medica, 1912, Nr 14). S. przeprowadzał doświadczenia na psach, u których wywoływał przez podskórne wstrzykiwanie rozczynu fosforu w olejku migdałowym, zatrucie fosforem i zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego; środki sercowe wprowadzał zawsze śródżylnie. Zachowanie się tętna, ciśnienie wdechowe i wydechowe, jakoteż i liczbę oddechów badał sfigmograficznie u psów zdrowych przed i po podaniu leku i po wystąpieniu objawów zatrucia fosforem. Stwierdził, że działanie leków sercowych zależy przedewszystkiem od stopnia zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego. Mianowicie, gdy zwyrodnienie nie jest daleko posunięte, to działanie leków nie wiele się różni od działania na serce prawidłowe. Przeciwnie, gdy mięsień sercowy uległ już wybitnemu zwyrodnieniu, to środki pochodne od naparstnicy działają tylko bardzo krótko i zaraz potem rozpoczyna się okres spadku ciśnienia i niedomogi serca; oznaczałoby to, że serce wskutek pobudki, jaką był lek, zużyło nagle całą swoją siłę zapasową. Co się zaś tyczy działania poszczególnych przetworów, to digalen zwalniał rytm i zwiększał siłę skurczów; nalewka naparstnicy ma działanie wybitne, lecz przejściowe, tak, że po silniejszych skurczach następuje szybko okres ciężkiego wyczerpania; natomiast digitoksyna okazywała działanie wybitnie trujące na serce stłuszczone i zabijała zwierzęta w krótkim czasie, choć stosowano ją w dawce o wiele niższej od tej, która u psów zdrowych wywoływała tylko zwykłe zwiększenie akcyi serca. Strofantyna działała nieco lepiej, ponieważ zwiększała pojemność skurczową, chociaż nie na dłuższy czas i chociaż ciśnienie tętnicze po użyciu leku raczej spadało. Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 3. czerwca 1912.

1) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia pracę własną p. t.: **Polacy Królestwa polskiego w świetle dotychczasowych badań antropologicznych.**

Autor uważa u nas za główne zadanie antropologii zbadanie ludów ziem polskich według wspólnej instrukcyi, zgodnie z granicami etnograficznemi, a po części fizyograficznemi, w pierwszym zaś rzędzie zbadanie Polaków Królestwa polskiego, jako największej i najmniej zmieszanej grupy etnograficznej. Autor nie łudzi się, aby praca taka mogła być w krótkim czasie wykonana, lecz, zdając sobie sprawę z potrzeby uogólnienia tego, co zrobiono dotychczas, zebrał nieliczne rozproszone materyały polskich oraz obcych autorów, wreszcie swe własne, drukiem nie ogłoszone pomiary, ogółem 2102 (♂ 1198, ♀ 904) i na tej zasadzie stara się poznać typ antropologiczny Polaka, dzieląc materyały według gubernii. Autor zestawia wszędzie pomiary Polaków Królestwa z Polakami Galicyi i sąsiedniemi plemionami i grupami: Rusinami, Ukraińcami, Podolanami, Góralami, Białorusinami, Litwino-Łotyszami, Wielkorosyanami itd.; na zasadzie tych zestawień stara się rozstrzygnąć zagadnienie ich antropologicznego pokrewieństwa w związku z pochodzeniem i rozmieszczeniem plemion w czasach przeddziejowych. Do pracy dołączono wiele tablic i diagramatów.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę prof. L. Popielskiego p. t.: **Niekrzepliwość krwi w odruchowej czynności wydzielniczej ślinianek i gruczołu trzustkowego. Ogólne prawo czynności wydzielniczej gruczołów trawiennych.**

W pracy tej autor stwierdził niekrzepliwość krwi przy odruchowej czynności ślinianek, wywołanej przez wprowadzenie kwasu solnego do jamy ustnej. Wprowadzenie kwasu solnego do dwunastnicy wywołuje również zmniejszenie krzepliwości krwi żylnej trzustki. Atropina nie wpływa w niczem na to zjawisko. Przy muskarynie krew wypływająca ze ślinianki staje się mniej krzepliwa; po wprowadzeniu atropiny ślina przestaje się wydzielać, a krew krzepnie prędzej. Wydzielanie soku trzustkowego pod wpływem wprowadzenia do krwi wazodilatyny, morfiny, atropiny, urohemolizyny, kurary, podczas przelewania krwi oraz anafilaktycznego wstrząsu, występuje przy niekrzepliwości krwi i rozszerzeniu naczyń krwionośnych. Na podstawie dawniejszych i obecnie przytoczonych faktów autor dochodzi do wygłoszenia następującego ogólnego prawa, kierującego czynnością wydzielniczą gruczołów trawiennych: Soki trawienne wydzielają się wskutek dwóch jednocześnie występujących zjawisk: niekrzepliwości krwi i rozszerzenia naczyń krwionośnych. Wniosek ten ma także kliniczne znaczenie.

(Przedmiot 8 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lek.«).

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w d. 16. marca 1912.

I. Kol. Wasilewski przedstawił dwie chore, dotknięte **pląsawicą**. Dziewczynka 9-letnia, z miernie rozwiniętymi ruchami pląsawiczymi, gorączkuje do 37·6°, mimo braku objawów gośćcowych i zmian w narządach wewnętrznych. U drugiej dziewczynki, 12-letniej, nawrót pląsawicy wystąpił po roku. Ciepłota przez pewien czas dochodziła do 38°, w sercu szmery wyraźne. Obecnie stan bezgorączkowy. Po przedstawieniu tych chorych omawia kol. Wasilewski dłużej pojęcie i podział nerwic. Później przechodzi do charakterystyki ruchów pląsawiczych, wreszcie rozpatruje szczegółowo teorye powstawania tej choroby. W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnia atetozę i drżączkę poraźną.

W dyskusyi kol. Rozenfeld podnosi, że pląsawica jest chorobą o wiele częstszą, aniżeli wykazują daty statystyczne, przytoczone przez kol. Wasilewskiego. Statystyka szpitalna nie daje w tym względzie miary. W rozpoznaniu różniczkowem zamiast drżączki poraźnej należy raczej uwzględnić chorobę kurczów (»tic«). — Kol. Biegański zgadza się ze zdaniem kol. Rozenfelda i przytacza najważniejsze cechy różniczkowe drżączki poraźnej i choroby kurczów

(»tic«). — Kol. Batawia mówi o występowaniu nagminnem pląsawicy.

II. Kol. Biegański poświęcił krótką wzmiankę pamięci Listera. Po przytoczeniu najważniejszych dat biograficznych skreślił w zarysie ogólnym działalność naukową Listera i znaczenie jego w rozwoju chirurgii współczesnej.

III. Kol. Biegański: **O teoryi hormonów i organoterapii.** Przedewszystkiem mówił prelegent o rozwoju historycznym organoterapii współczesnej i związanej z nią pośrednio teoryi wydzielania wewnętrznego, wspomniał więc o badaniach Cl. Bernarda, Brown-Sequarda, Kochera i Reverdina. Następnie przeszedł do najnowszej fazy rozwoju poglądów na wydzielanie wewnętrzne, które przez angielskiego fizyologa Starlinga zostały usystematyzowane w t. zw. teoryi hormonów. Starling pojmuje jako hormony podniety chemiczne, wytwarzane w rozmaitych narządach i tkankach ustroju. Hormony na drodze obiegu krwi przenoszą się do innych narządów i ujawniają tam działanie hamujące lub pobudzające. Czynność niektórych narządów, a mianowicie działanie przysadki mózgowej, gruczołu tarczowego, grasicy, nadnerczy, polega wyłącznie na wytwarzaniu hormonów. Inne narządy spełniają rolę podwójną, oprócz hormonów wytwarzają odpowiednie wydzieliny fizyologiczne. Do narządów częściowo hormonorodnych należą trzustka, wątroba, jądra, jajniki itp. Dzięki hormonom powstaje ważna dla życia ustroju korelacya chemiczna czynności. Najlepszym przykładem tego ustosunkowania czynności jest wpływ sekretyny na wydzielanie soku trzustkowego, rozrost gruczołów sutkowych w miarę rozwoju płodu, wpływ nadnerczy w powstawaniu moczówki cukrowej. W dalszym ciągu zastanawia się prelegent nad wynikami praktycznymi organoterapii spółczesnej. Na ogół są one dość skromne. Przyczyną tego jest poniekąd posługiwanie się przetworami niepewnymi w postaci wysuszonych i sproszkowanych narządów lub wyciągów. Z wyjątkiem adrenaliny nie zdołano dotychczas wyodrębnić czystego hormonu. Jednakowoż na podstawie dotychczasowego doświadczenia nie można przesądzać o przyszłości organoterapii. W zakończeniu odczytu kol. Biegański opisał wyniki leczenia pituitryną, hormonalem Zuelzera, oraz adrenaliną podług najnowszych wskazań lekarzy francuskich (Sergent).

W dyskusyi wspomina kol. Nowak o pomyślnym wpływie pituitryny w praktyce położniczej, a mianowicie przy słabych bólach w późniejszych okresach porodu oraz w krwotokach poporodowych na tle zwiotczenia macicy. Stosowano 2—3 wstrzyknięcia pituitryny (1 cm odpowiada 0·1 świeżego gruczołu) co godzina, bez żadnego działania ubocznego. Środek ten oddziaływa również dodatnio na skurcze pęcherza moczowego. — Kol. Stefan Kohn mówi, że w klinice położniczej wrocławskiej stosowano pituitrynę w 300 przypadkach i zaledwie w 50 spostrzegano wyniki pomyślne. Wskazaniem do jej użycia są bóle słabe w początkach porodu. Przy wtórnem osłabieniu bólów, będącem właściwie następstwem stałego skurczu macicy, stosowanie pituitryny, jako środka zwiększającego skurcze, jest przeciwwskazane. — Kol. Broniatowski mówi o pomyślnem działaniu adrenaliny przy zapadzie na tle rozlanego zapalenia otrzewnej. — Apt. Nowak zaznacza trudności techniczne organoterapii. Przetwory, sprowadzane z zagranicy, z czasem tracą zapewne swoje własności i siłę leczniczą. Wyjaławianie przetworów z powodu wysokiej ciepłoty może oddziaływać szkodliwie na zaczyny narządów. — Kol. Rozenfeld sądzi, że przy obecnym stanie organoterapii najwłaściwsze jest stosowanie wyciągów suchych całkowitych narządów. W dalszym ciągu mówi o podawaniu adrenaliny w przebiegu chorób zakaźnych, zwłaszcza błonicy u dzieci, z powodu częstego występowania zmian chorobowych w nadnerczach. -- Kol. Biegański odpowiada p. Nowakowi, że

hormony nie są zaczynami. Są to ciała, zbliżone w działaniu do alkaloidów, wytrzymujące wysokie stopnie ciepłoty. Zresztą wysuszanie nie szkodzi hormonom, można je bowiem wykonać nad kwasem siarczanym.

Karol Rozenfeld.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komitet Zjazdu higienistów polskich, mającego się odbyć we Lwowie w r. 1913, przeprowadził już prace przygotowawcze w Warszawie, Krakowie i Poznaniu. W Warszawie Towarzystwo higieniczne podjęło pracę przy udziale przedstawicieli Towarzystw: lekarskiego, technicznego, nauczycielstwa, higieny praktycznej im. Prusa, kultury polskiej i przeciwgruźliczego; w Krakowie zajęły się sprawą Towarzystwa lekarskie i techniczne, w Poznaniu grono redakcyjne »Nowin lek.«. Termin Zjazdu jeszcze nie jest ustalony i waha się między początkiem września (propozycya warszawska), a końcem tego miesiąca (propozycya komitetu gospodarczego).

— Dr Wiktor Idziński został wybrany marszałkiem Rady powiatowej w Żywcu.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Teofil Guzik rodem z Warstawy, Ignacy Adamski z Radomia i Mieczysław Foltyński z Tuchowa.

— Rada powiatowa w Chrzanowie powzięła uchwałę budowania szpitala powiatowego, początkowo na 50 łóżek, później na 100. Przez to wypełniony zostanie dotkliwy brak szpitala publicznego w tej okolicy. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. VII. do 20. VII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych — † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 1, odry 3, duru brzusznego 2 † — (1 † —), róży 3.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Budowa prywatnego szpitala dla dzieci im. Karola i Maryi Szlenkerów, a fundacyi p. Zofii Szlenkerowej, rozpoczęła się w dzielnicy Wolskiej między ulicami Nowe Leszno a Żytnią. Plany według wskazówek Dr J. Brudzińskiego wypracował budowniczy p. Domaniewski. Szpital pomieści około 150 łóżek, a składać się będzie z 6 pawilonów (ambulatoryum, pawilon główny, gospodarczy, obserwacyjny, błoniczy i płoniczy), urządzonych według najnowszych wymagań i niewątpliwie będzie najwspanialszym z istniejących dotąd w Polsce szpitali dziecięcych.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 15. VII. do 22. VII. 1912 przypadków: ospy 1, duru osutkowego 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Podług nowej ustawy wojskowej austryackiej mają słuchacze medycyny służyć przy linii tylko 3 miesiące, a potem jako lekarze 6 miesięcy przy szpitalu, a 3 jako lekarze przy pułku. Medycy i farmaceuci, którzy nie skończyli studyów, służyć mają jako jednoroczni ochotnicy w oddziałach sanitarnych. X.

— Zarząd austryackich kolei państwowych postanowił wprowadzić na większych stacyach przyrządy maszynowe do czyszczenia wagonów. Restauracye kolejowe rewidowane być mają szczegółowo przez lekarzy tak pod względem czystości, jak i jakości potraw. X.

Zmarli: pedyatra prof. Neumann w Berlinie, chemik-fizyolog prof. E. Schulze w Zürichu;

Dr Kazimierz Smorągiewicz, lekarz miejski w Podgórzu, w 53 r. ż.; Dr Edmund Farenholc, b. starszy lekarz szpitala miejskiego, b. prezydent miasta (z wyborów 1888) w Kamieńcu podolskim.

Redakcya otrzymała: Domański: Nerwica urazowa, jej rozpoznanie i leczenie. Kraków 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LI. Kraków, dnia 3. sierpnia 1912. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Dokończenie).

WNIOSKI.

1) Na podstawie dzisiejszych wiadomości naszych o chorobach umysłowych, pozostających w związku z ciążą, przyjąć musimy, że niema żadnych swoistych psychoz porodowych, któreby się rozwijały wyłącznie tylko na tle ciąży i których to psychoz obraz kliniczny miałby być charakterystycznym dla tychże właśnie jednostek chorobowych.

2) W tych przypadkach, w których ciąża dołączyła się do już istniejącej choroby umysłowej, gdzie więc jest ona niejako powikłaniem owej psychozy, nie będziemy przerywać ciąży ze względu na zdrowie ciężarnej, a to dlatego, że usunięcie płodu z ustroju matki nie wpływa dodatnio na dalszy przebieg jej choroby umysłowej, nie pozostającej w żadnym genetycznym związku z samą ciążą.

3) W tych przypadkach, w których choroba umysłowa pojawiła się dopiero w przebiegu ciąży, ale u kobiety, która taką samą chorobę przechodziła już kiedyś dawniej i to zupełnie niezależnie od ciąży, zachodzić może jedynie potrzeba zapobiegawczego przerwania ciąży, a to wtedy mianowicie, gdy choroba ta odtąd pojawiała się podczas każdego zajścia kobiety w ciążę i wpływała bardzo ujemnie na stan psychiczny dotkniętych niemi chorych, pozostawiając w następstwie coraz to większe osłabienie ich władz umysłowych.

Ponieważ jednak niekoniecznie choroba umysłowa, która towarzyszyła kilku poprzednim ciążom, musiała pojawić się i podczas obecnej ciąży, przeto nie jesteśmy zwolennikami zapobiegawczego przerywania ciąży w ściślejszem znaczeniu, a zalecamy natomiast ścisłą obserwacyę w takich przypadkach, ażeby przy pierwszych zwiastunach zbliżającej się psychozy ciążę ukończyć.

4) Co do chorób umysłowych, które poraz pierwszy dopiero pojawiły się w przebiegu ciąży u kobiet, przedtem pod względem umysłowym zupełnie zdrowych, jakkolwiek najczęściej już neuro- względnie psychopatycznych, to wskazania do przerywania ciąży zależeć tu będą od charakteru samej psychozy, a nie od tego, czy one należą do grupy psychoz objawowych, rozwijających się na tle wyczerpania i zaburzeń w przemianie materyi, czy też do grupy psychoz samoistnych (idyopatycznych), a których to psychoz związek z ciążą nie jest nam jeszcze znany. Najczęstsze wskazania dają psychozy pląsawicze i rzucawkowe (eklamptyczne), nadzwyczaj rzadko wchodzą w rachubę jako wskazania psychozy histeryczne i padaczkowe. Prawie nigdy natomiast nie będą wskazaniem do przerwania ciąży tego rodzaju choroby jak mania, zaduma (melancholia), psychozy okresowe maniakalno-depresyjne, bezmysł (amentia), pomieszanie (paranoia), obłęd (delirium), otępienie przedwczesne. Jakkolwiek bowiem ciąża według pewnych autorów pogarsza niejednokrotnie taką psychozę, to jednak przerwanie ciąży w znacznej większości przypadków wcale nie wpływa dodatnio na dalszy przebieg takich chorób umysłowych.

5) Wszystkie jednak pod 4) wymienione samoistne choroby umysłowe mogą, o ileby się pojawiały i przy następnych ciążach, podobnie, jak przypadki wymienione pod 3), dawać wskazanie do zapobiegawczego przerwania ciąży w warunkach tamże wymienionych.

6) Na podstawie całego szeregu bardzo dokładnych spostrzeżeń, objętych dzisiejszem piśmiennictwem, musimy przyjąć niewątpliwe istnienie pewnych postaci chorobowych, stojących na granicy nerwic i psychoz, a pozostających w ścisłym patogenetycznym związku z ciążą. Postacie te, które zresztą rozwinąć się mogą i z innych przyczyn, przypominają często swoją symptomatologią typowe psychozy (najczęściej zadumę). Mimoto jednak nie należy ich zaliczać do właściwych chorób umysłowych, od których różnią się one przedewszystkiem swoim przebiegiem.

7) Stany te, które idą w parze z wybitną depresyą, silnym lękiem i częstymi zamachami samobójczymi, stanowią bardzo poważne wskazanie do przerwania ciąży, a to tem bardziej, że przy dalszem trwaniu ciąży przejść mogą w poważne i nieuleczalne choroby umysłowe. Doświadczenie zaś poucza, że razem z przerwaniem ciąży i one natychmiast ustępują.

8) I te jednak postacie chorobowe powinny stanowić wskazanie do przerwania ciąży dopiero po bezskutecznem wyczerpaniu wszelkich innych metod leczniczych i przy uwzględnieniu wszystkich towarzyszących okoliczności.

9) Na dokładniejsze rozpatrzenie zasługuje już obecnie i sprawa wskazań do przerwania ciąży ze względu na jakość mającego urodzić się płodu. Tego rodzaju wskazania powinnyby być brane w rachubę w przypadkach ciężkiego zwyrodnienia lub dziedzicznego obarczenia obojga

rodziców, albo też nawet i jednego z nich, w przypadkach idyotyzmu, w ciężkich postaciach głupowatości (imbecillitas) i w długotrwałych idyopatycznych chorobach umysłowych (np. psychozach okresowych maniakalno-depresyjnych, pomieszaniu), a zwłaszcza wtedy, gdy rodzice ci wydali już na świat kilkoro bądź umysłowo chorych, bądź zwyrodniałych dzieci.

10) Żądanie to nasze, wymienione pod 9), dla którego domagamy się także i ustawowego unormowania, niema być jednak dyrektywą dla stosowania spędzania płodów na wielką skalę we wszystkich przypadkach wymienionych właśnie chorób. Przeciwnie, domagamy się, ażeby w każdym z tych przypadków rozstrzygały dopiero nasilenie samej choroby, czas jej trwania i inne towarzyszące chorobie okoliczności o potrzebie wzniecenia poronienia ze względu na jakość mającego urodzić się płodu.

11) O wskazaniach do przerwania ciąży rozstrzygać powinni w każdym przypadku lekarz-psychiatra wspólnie z lekarzem-położnikiem.

Odnośnie do ustępu (Przegląd lekarski Nr. 22, str. 392), w którym wspominaliśmy o badaniach Fellnera i Schickelego nad swoistem działaniem pewnych substancyi, wydzielanych przez macicę i jajniki, należy nam dla ścisłości podnieść, że ciała te zostały przez Popielskiego i jego współpracowników[1]) wykryte i we wszystkich innych narządach ustroju, że więc nie należy im według tych badaczy przypisywać jakiejkolwiek swoistości w działaniu. Ciała te, które Popielski nazwał wazodilatyną, są według niego normalną częścią składową każdej komórki żywego ustroju.

Nowy przyrząd do śródżylnych wstrzykiwań salwarsanu

skonstruował i opisał

Dr Maksymilian Mondschein,

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

Do śródżylnych wstrzykiwań salwarsanu używa się dotąd przyrządów Weintrauda lub Hauptmana, złożonych z dwóch cylindrów ze sobą połączonych. Przyrządy te mają tę wadę, że trzeba je celem wyjałowienia wygotować w osobnym dość dużym przyrządzie sterylizacyjnym, że salwarsan musi być rozpuszczany w osobnem naczyniu, a wreszcie, że rozczyn soli kuchennej, stosowany do wstrzykiwań, trzeba wyjaławiać w trzeciem naczyniu. Lekarz potrzebuje więc do tego wielkiego, z wielu naczyń złożonego instrumentaryum. W zbudowanym przezemnie przyrządzie wszystkie potrzebne do wstrzyknięcia naczynia połączone są w jedną całość, którą łatwo w ruch puścić i którą bardzo wygodnie i zupełnie niespostrzeżenie wziąć może lekarz ze sobą, bez zwrócenia uwagi.

Przyrząd ten*) składa się z dość wielkiego naczynia, mieszczącego w sobie potrzebny do wstrzykiwań rozczyn soli kuchennej, obok tegoż naczynia znajduje się drugie małe naczyńko, przeznaczone do wyjałowienia igły i węża gumowego; obydwa te naczynia zawieszone są nad płomieniem lampki spirytusowej. Naczynie pierwsze łączy się zapomocą rury szklannej, z kilku części złożonej i zaopatrzonej w kurek trójdrożny, z drugiem małem, cylindrycznem naczyniem, przeznaczonem do rozpuszczenia salwarsanu.

W parze z uproszczeniem przyrządu idzie też zupełnie uproszczony sposób przyrządzenia rozczynu do wstrzykiwań. Polega on w tym przyrządzie na tem, że po napełnieniu pierwszego naczynia rozczynem soli kuchennej i po połączeniu zapomocą stosownego otwarcia kurków z drugiem naczyniem, same te naczynia, jakoteż szalka, przeznaczona na igłę i wąż gumowy, zostają wyjałowione zapomocą płomienia lampki spirytusowej, doprowadzającego do wrzenia płyn zawarty w pierwszem naczyniu i do tejże wysokości wzniesiony w drugiem; następnie przerywa się połączenie między oboma naczyniami, do drugiego naczyńka wsypuje się salwarsan, rozpuszcza się przez kłócenie i dodaje się potrzebną ilość rozczynu ługu żrącego. Wstrzyknięcie więc tak się wykonuje, że najpierw wstrzykuje się rozczyn soli kuchennej, potem rozczyn salwarsanu, a wreszcie znowu sól kuchenną. W przyrządzie więc dokonywa się równocześnie wyjaławiania samych przyrządów, igły, węża gumowego, rozczynu soli kuchennej i rozpuszczania salwarsanu.

Rysunek objaśnia dokładnie opisany przyrząd: Po jednej stronie stojaka 1 znajduje się kalibrowane naczynie 2, opatrzone u góry korkiem gumowym o dwu otworach: przez jeden przechodzi rurka szklanna, w drugim tkwi ciepłomierz. Obok tegoż naczynia jest zawieszone małe całkiem naczyńko, a pod oboma lampka spirytusowa. Po drugiej stronie stojaka jest w ramionach na zawiaskach naczynie cylindryczne 8, zaopatrzone również w korek gumowy o jednym otworze dla przeprowadzenia przezeń rurki szklannej. Obydwa naczynia 2 i 8 mają u dołu ku sobie zwrócone i kurkami zamknięte rurki odpływowe 12, 13; obie te rurki łączy rura, wszlifowana w nie z obu stron 14, a posiadająca w środku kurek trójdrożny. W tejże rurce w części, zwróconej do naczynia 8, mieści się druga, wązka rureczka 17, zaopatrzona w swej części zwróconej do kurka 15, w kawałek wyjałowionej gazy 18, którą za każdym razem zdjąć i zmienić można. Gaza ta służy jako filter przy przepływie salwarsanu**).

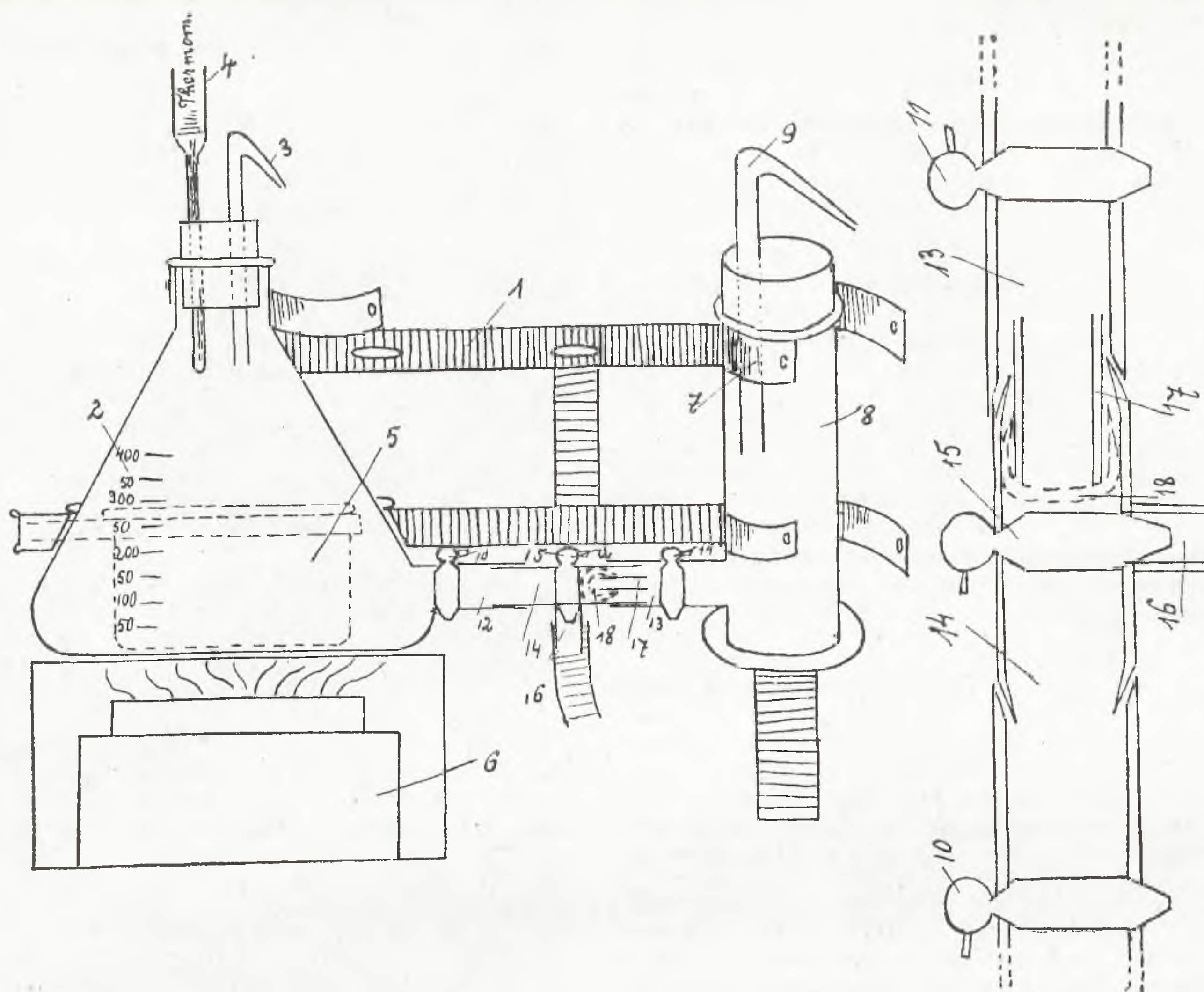
Sposób operowania tym przyrządem jest następujący: Naczynie 2 wypełnia się rozczynem soli kuchennej, zakłada się rurkę, łączącą 14 z drugiem naczyniem 8, kurki otwiera się, tak, iż rozczyn soli z naczynia 2 dostaje się do równej wysokości w naczyniu 8. Naczyńko 5 napełnia się przekroploną wodą i wkłada się tu igłę, kawałek węża gumowego i drugi korek dla naczynia 8 i małą pincetkę. Teraz zapala się lampkę spirytusową, a mianowicie na tak długo, aż termometr umieszczony w korku naczynia 2 pokaże przez dłuższy czas ciepłotę rozczynu soli kuchennej wyżej 100°. Przez rurkę w tymże korku umieszczoną uchodzi para, pochodząca z wrzenia rozczynu. Rozczyn wrzący dostaje się przez rurę komunikacyjną do naczynia 8, przez

---

[1]) Popielski: Über die physiologische Wirkung von Extracten aus sämtlichen Teilen des Verdauungskanales (Magen, Dick und Dünndarm), sowie des Gehirns, Pankreas und Blutes und über die chemischen Eigenschaften des darin wirkenden Körpers. Archiv für die ges. Physiologie. Tom 128, str. 191.
Popielski i Panek: Chemische Untersuchung über das Vasodilatin. Archiv. für die ges. Physiologie. Tom 128, str. 222.
Modrakowski: Ueber die Identität des blutdrucksenkenden Körpers der Glandula thyreoidea mit dem Vasodilatin. Archiv. für die ges. Physiologie. Tom 133, str. 291.
Popielski: Teorya hormonów i wyciągi z narządów. Lwowski tygodnik lekarski Nr. 1. 1912.

*) Opatentowany w Austryi i Niemczech.

**) Obecnie przy neosalwarsanie, doskonale i bez tworzenia jak salwarsan kłaczków się rozpuszczającym, cały ten filter jest niepotrzebny.



co i to naczynie się wyjaławia; para z tegoż naczynia uchodzi przez rurkę szklanną 9, tkwiącą w korku gumowym. Gdy już rozczyn soli i oba naczynia są wyjałowione, zamyka się kurki 10, 11, rurkę łączącą 14 wysuwa się z rurki odpływowej naczynia 8, a pozostawia się ją tkwiącą w rurce odpływowej naczynia 2 i teraz wsypuje się do naczynia 8 salwarsan. Równocześnie zmienia się korek przedziurawiony z tegoż naczynia na drugi wyjałowiony w szalce 5, nie przedziurawiony, naczynie 8 wyjmuje się ze stojaka, otwarłszy tegoż ramiona opatrzone ku temu celowi w zawiaski i dopóty kłóci się w ręce, aż salwarsan całkiem się rozpuści. Do tego przyczyniają się doskonale perły szklane, znajdujące się w temże naczyniu. Teraz dodaje się rozczynu ługu żrącego (przy neosalwarsanie zbędny) aż do zupełnego rozpuszczenia, a drobne kłaczki, często wtedy powstające, zostają przy przepływie przez rurkę 17 i umieszczony na niej filter z gazy zatrzymane (odpada przy neosalwarsanie). Wstrzyknięcie więc odbywa się w ten sposób, że po nakłuciu żyły otwiera się kurek trójdrożny tak, by rozczyn soli kuchennej z naczynia 2 wypływał (około 100 cm), poczem kurek ten okręca się tak, by rozczyn salwarsanu przefiltrowany wypływał z naczynia 8, a wreszcie znowu przy końcu wpuszcza się do żyły nieco rozczynu soli.

Cały przyrząd, jak powyższy opis wskazuje, daje się rozebrać, a części jego umieścić w pudełku drewnianem małem, w osobnych przedziałach. Stojak zaopatrzony w same zawiaski można złożyć i umieścić zapomocą zakrętek we wieku pudełka. Przyrząd ten wyrabiać będzie firma F. i M. Lautenschläger, Berlin.

Oceny i sprawozdania.

Dr med. Teodor Heiman. **Krótki rys historyi otiatryi.** Warszawa 1912. Stron 208. (Książka wydana z udziałem zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia Dra J. Mianowskiego).

Dr Teodor Heiman, uczeń Szkoły Głównej warszawskiej, poświęcił swój »Krótki rys historyi otiatryi« wychowawcom i wychowańcom tej wyższej naszej uczelni w pięćdziesiątą rocznicę jej założenia. Jestto więc wydawnictwo jubileuszowe. Jak przystało na takie wydawnictwo, zewnętrzna jego strona jest bez zarzutu: dobry papier, ładny druk, starannie wykonany portret autora.

Dr Heiman, autor bardzo licznych prac, przeważnie z zakresu chorób ucha, jest w dziedzinie historyi medycyny homo novus. Z tem większem zaciekawieniem wziąłem do rąk jego dziełko historyczne, zwłaszcza, że traktuje ono o dziejach tej gałęzi medycyny, w której autor zyskał sobie imię dzielnego pracownika naukowego, skoro dwukrotnie był kandydatem na katedrę otyatryi: raz w Uniwersytecie warszawskim, drugi raz w Petersburgu w Akademii wojenno-lekarskiej. Atoli z powodu okoliczności odeń niezależnych nie został przez władzę na tych katedrach zatwierdzony.

Uwagi krytyczne o »Krótkim rysie historyi otiatryi«, pragnę poprzedzić kilku słowy o układzie rzeczonej książki oraz o znaczeniu naukowem tego rodzaju dzieł. Używając bardzo często wyrazu medycyna, nadajemy mu różne znaczenia. Zapominamy przytem nieraz, że medycyny jako nauki odrębnej niema, lecz że są tylko różne nauki medyczne. Dlatego nie można właściwie podać historyi me-

dycyny, lecz tylko historye poszczególnych nauk medycznych. Słuszną przeto jest rzeczą, że wychodzą oddzielne dzieła, poświęcone historyi chirurgii, otyatryi i t. p., że w obszernem dziele p. n. »Handbuch der Geschichte der Medizin«, wydanem pod redakcyą Neuburgera i Pagela, historye nauk lekarskich do pewnego stopnia stanowią odrębne całości. Wogóle rzec można, że już teraz prawie niesposób, aby jeden historyk mógł napisać szczegółowy podręcznik »historyi medycyny«; potrzeba bowiem do tego sił zbiorowych.

Nie można mieć nic przeciw temu, aby historyę chirurgii pisał chirurg, historyę anatomii anatom, historyę fizyologii fizyolog i t. d. Na to zgodzić się w zupełności można pod tym atoli warunkiem, że specyaliści lekarze, zamierzający pisać o dziejach swojej specyalności, posiądą najpierw historyczne wyszkolenie i że będą uwzględniali w swych pracach także, oczywiście w szczuplejszym zakresie, dzieje innych nauk medycznych, osobliwie pokrewnych, gdyż lubo różne gałęzie medycyny są naukami samodzielnemi, to jednak rozwijały się w związku jedne z drugiemi.

Pisarze na polu historyi nauk medycznych grzeszą niejednokrotnie nie tylko u nas, lecz i zagranicą, brakiem wykształcenia historycznego. Zdaje im się, że dość być specyalistą w jakiejś gałęzi medycyny, aby mieć wszelkie warunki na historyka tej gałęzi nauk lekarskich. Stąd nieraz prace ich są wprawdzie pożytecznymi materyałami dla historyka, na miano jednak prac historycznych nie zasługują. Częściej atoli nie mają one prawie żadnej wartości naukowej, posiadając charakter raczej artykułów do encyklopedyi, a nie samodzielnych prac naukowych.

Jak praca eksperymentalna może mieć rzetelne znaczenie naukowe tylko wtedy, gdy wyniki jej są ogłoszone wraz z podaniem dokładnych wiadomości o metodach badania, aby każdy inny uczony mógł sprawdzić wyniki tych badań, tak i dzieło historyczne, o ile chce być pracą naukową a nie popularną, powinno w ten sposób być napisane, aby każdy sąd autora był umotywowany należycie, aby było podane dokładnie źródło każdej nowej wiadomości historycznej, aby mówiąc o faktach mniej znanych, przytaczanych z dzieł innych autorów, dzieła te cytowano, słowem, należy tak pisać dzieło, aby krytyk mógł łatwo sprawdzić, czy istotnie wszystkie źródła zostały należycie zużytkowane. W dziełkach popularnych, podających rzeczy naogół w nauce ustalone, można obejść się bez przytaczania źródeł tych wiadomości; nie można jednak tego czynić w pracach naukowych.

Po tych ogólnych uwagach rozpatrzmy, jakie zalety i wady posiada książka Dra Heimana.

Autor podzielił historyę otyatryi na pięć okresów.

Pierwszy okres nazwał przedhippokratesowym. Obejmuje on dzieje otyatryi w starożytnych Indyach, Chinach, Japonii, Egipcie, Grecyi, tudzież u starożytnych Żydów. Jak sam tytuł wskazuje, okres ten powinien zawierać wiadomości historyczne o stanie otyatryi przed Hippokratesem, a więc wiadomości, nie przekraczające okresu życia Hippokratesa (460 — 377 przed narodzeniem Chrystusa). Tymczasem autor, pisząc o stanie otyatryi w tym okresie w Japonii starożytnej, między innemi rzeczami — pisze na stronicy 7. o lekarzu Tamba-Jasuyri, a raczej o księdze jego Ishim, o której nadmienia, że pochodzi ona z r. 982 naszej ery. Podobnie, pisząc o stanie otyatryi w pierwszym okresie u starożytnych Żydów, przytacza autor wiadomości, zawarte w Talmudzie, który przecież powstał w pierwszych wiekach ery chrześciańskiej. Pisze dalej: »Najdawniejszy fragment z pracy lekarskiej w języku hebrajskim pochodzi od lekarza Sabbatai ben Abraham Donnolo (913—965), żyda włoskiego«, (str. 11). A więc i ten lekarz, podobnie jak wspomniany wyżej lekarz japoński, nie żył przed Hippokratesem, lecz znacznie później.

Drugi okres dziejów otyatryi obejmuje, według autora, czas od Hippokratesa do wieków średnich.

W rozdziałach, temu okresowi poświęconych, podaje autor wiadomości o dziejach otyatryi w starożytnej Grecyi i Rzymie. Obu pierwszym okresom poświęcił autor 19 stronic swej książki.

Trzeci okres, któremu autor poświęcił niespełna 16 stronic, obejmuje wieki średnie do wieku XVI. W części książki, w której jest mowa o stanie otyatryi w tym okresie, znajdujemy wiadomości o »szkole bizantyjskiej«, o medycynie Arabów, o medycynie klasztornej, tudzież o Szkole salernitańskiej.

Czwarty okres dziejów otyatryi obejmuje czasy nowsze, od XVI do połowy XIX stulecia.

Piąty wreszcie okres obejmuje czasy najnowsze od połowy wieku XIX poczynając. Pisząc o otyatryi w tym okresie, autor podaje wiadomości o otyatrach i ich pracach w porządku abecadłowym krajów przez nich zamieszkiwanych, a więc pisze o stanie otyatryi w Anglii, Ameryce, Austryi i Węgrzech, Belgii, Finlandyi, Francyi, Grecyi, Hiszpanii, Holandyi, Japonii, Niemczech, Polsce, Rosyi, Rumunii, Skandynawii, Szwajcaryi i Włoszech. Okresowi temu autor poświęcił w swej książce tyle miejsca, ile wszystkim poprzednim razem.

Dlaczego Dr Heiman podzielił dzieje otyatryi na pięć okresów, a nie na mniej lub więcej? — tego z książki jego dowiedzieć się nie można. Jestto zatem podział dość dowolny, nie umotywowany należycie. Nie można również poczytać za rzecz właściwą, że autor wogóle nie podaje w dopiskach u dołu stronic tytułów dzieł, z których najrozmaitsze wiadomości czerpał. Wprawdzie cytuje niektóre dzieła, ale tylko wyjątkowo. Ograniczył się on do podania w końcu pracy spisu źródeł, z których korzystał w czasie pisania swej książki, ale jaką wiadomość zaczerpnął z tego lub owego źródła, tego dowiedzieć się ze wspomnianego spisu nie możemy. A jest to szkoda, bo czytelnik nie wie, czy n. p. charakterystyki otyatrów, któremi autor znacznie ożywia treść swego dziełka, pochodzą wyłącznie z pod jego pióra, czy też wzięte są z prac innych pisarzów. Na str. n. p. 135 autor pisze: »Gelé jest lekarzem zasłużonym, skromnym aż do bojaźliwości, nieskazitelnym, otyatrą wielkiego znaczenia« i t. d.; albo na str. 137, pisząc o Emilu Ménière, dodaje: »Był to człowiek dobry, zacny, wrażliwy na nieszczęścia i niedole maluczkich. Był niekiedy zaczepny, lecz zapalczywość jego była tylko chwilowa i powierzchowna«; lub też na str. 145 pisze o Tröltschu: »Odznaczał się skromnością, pomimo żywości słowa, bezstronnością, ruchliwością i pracowitością niezmordowaną«. O Kisselbachu pisze autor, że był on »pracownikiem sumiennym i znakomitym nauczycielem« (str. 158), o Zuckerkandlu zaś: »Był to mąż bardzo ruchliwy, wciąż czynny, czuł się szczęśliwym ze swego żywota pracowitego i nie lubiał smutku, ani powagi udanej«, (str. 166). Ciekawą byłoby rzeczą wiedzieć dokładne źródło takich charakterystyk. Również nie wiemy, czy sądy, które autor czasem wygłasza w swej pracy o dziełach innych otyatrów, są jego własnymi sądami, czy też sądami innych pisarzy, przez autora jeno powtórzonymi.

Nie można dalej uznać za pomysł szczęśliwy cytowania tytułów prac autorów nowszych czasów w przekładzie polskim, a nie w oryginalnym języku, a więc podawania tytułów n. p. prac autorów francuskich lub niemieckich po polsku. Atoli czasem autor robi wyjątki od tej zasady, lecz właśnie nieraz wtedy, kiedy należałoby przynajmniej w nawiasie podać polski przekład, mianowicie cytując prace angielskie (str. 112, 117) lub szwedzkie (str. 129), bo te języki najmniej są znane polskim czytelnikom.

Druga połowa dzieła, w której autor pisze o rozwoju otyatryi, poczynając od połowy XIX stulecia, ma raczej charakter pisma informacyjnego, niż pracy historycznej konstrukcyjnej. W niektórych ustępach są niemal same nazwiska i tytuły prac. Na stronicy n. p. 116 znajdujemy taki ustęp: »Prace większego lub mniejszego znacze-

nia o uchu w państwie brytańskiem ogłosili: M. R. Joyce — Topografia nerwu twarzowego, znaczenie jego przy otwieraniu wyrostka sutkowego, Dr W. Milligan, A. E. Cumberbatch, Dr Aldren Turner, A. Bronner, Horne Jobson, Jones Hugh, E. Ferrer, Sheild Marmaduke, Geöge Stone, Macleod Jearsley, Ch. A. Ballance. — Operacye na zatoce poprzecznej przy zakrzepie septycznym powstałym przy chorobach ucha. Sir W. B. Dalby, autor wielce poważany, profesor w Dublinie. Napisał między innymi: »A lecture on the limits of aural surgery 1889. F. G. Harvey. H. A. Ballance, Scanes Spicer« i t. d. i t. d. Wobec podawania nazwisk bardzo wielu otyatrów, wskazaną było rzeczą podać w końcu książki skorowidz nazwisk, lecz tego autor nie uczynił.

Wśród wielkiej liczby przeróżnych wiadomości z dziejów nauk lekarskich znajdują się tu i owdzie pewne niedokładności, spowodowane czasem błędem zecerskim lub wadliwą budową zdania. Na stronicy 33 autor pisze: »Mondino jest najwybitniejszym przedstawicielem anatomii aż do Vesala. Od piętnastego wieku był on pierwszy, co dysekował trupy ludzkie«. Powinno być chyba: »do piętnastego wieku«, bo Mondino żył na schyłku XIII i początku XIV wieku. Na str. 38 autor wzmiankuje, że Roger Bacon żył w XIV stuleciu; jest to wiadomość mylna, albowiem słynny ten Franciszkanin żył w XIII wieku. Na tejże stronicy autor pisze: »Reforma anatomii jest dziełem wielkich anatomów włoskich. Andreas Vesal, Falopiusz, Ingrassias i Eustachiusz są twórcami otiatryi naukowej, jakkolwiek na tem polu Vesal stoi niżej od Falopiusza«. Z tego ustępu mógłby czytelnik nabrać mylnego przekonania, jakoby wielki anatom Vesal był Włochem.

Na str. 86 znajdujemy taki ustęp: »Marie François Xavier Bichat (1771—1802), anatom sławny, nakreślił drogę, po jakiej medycyna naukowa iść powinna. Neuburger geniusz jego porównywa do Napoleona i wyraża się o nim, że jeżeli sztuka lekarska zawdzięcza Hippokratesowi najlepsze zasady, zaś Harveyowi odkrycie fundamentalne, obaj zawdzięczali niezapomnianemu Bichatowi metodę najlepszą, metodę przyrodniczą«. Z tej wadliwej stylizacyi możnaby wysnuć błędny wniosek, że Bichat żył przed Hippokratesem i Harveyem. Z drobniejszych niedokładności przytoczę następujące: »Blumbach« zamiast Blumenbach (str. 73), »L. Teichman, profesor histologii«, zamiast anatomii (str. 171), »Hirszfeld« zamiast Hirschfeld (str. 180), »Szymanowicz, profesor Wszechnicy krakowskiej«, zamiast Szymonowicz, profesor Wszechnicy lwowskiej« (str. 181).

Ogólny sąd o pracy Dra Heimana można wydać taki: Nie jest to praca popularna, lecz raczej praca zajmująca pośrednie stanowisko między popularną a pracą historyczną naukową. Sądząc ze spisu źródeł, z których autor korzystał w czasie pisania swego dzieła, musimy przyznać, że przygotował się do swego zadania bardzo sumiennie. W rzeczy samej, czytając »Krótki rys historyi otiatryi«, łatwo zauważyć, iż autor posiada gruntowne wiadomości nie tylko z dziejów otyatryi, lecz i z historyi innych gałęzi medycyny, zarówno teoretycznych, jak i praktycznych. Pracy w swoje dzieło włożył bardzo dużo. Życzyć należy, aby praca ta nie poszła na marne, lecz aby książka Dra Heimana znalazła sporo czytelników wśród lekarzy i zachęciła ich do poznania również dziejów innych nauk medycznych. Okoliczność, że autor nie ograniczał się do wiadomości wyłącznie z dziejów otyatryi, lecz że również uwzględniał w pracy swej ważniejsze rzeczy w rozwoju innych gałęzi medycyny, słowem, że historyę otyatryi powiązał z historyą medycyny wogóle, należy poczytać za rzeczywistą zaletę »Krótkiego rysu historyi otiatryi«.

Adam Wrzosek.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Baisch. **Rentgenoterapia gruźlicy chirurgicznej.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 21). W ostatnich czasach w leczeniu gruźlicy chirurgicznej zaczyna znowu przeważać leczenie zachowawcze, zwłaszcza światłem słonecznem i promieniami Röntgena. Rentgenizacya oddaje cenne usługi w leczeniu gruźlicy gruczołów, szczególnie nie zropiałych, mniej dobre przy gruźlicy stawów i kości. Kosmetyczne wyniki osiąga się bardzo dobre. Nieocenionem wprost jest leczenie promieniami Röntgena, jako leczenie pomocnicze po wycięciach stawów gruźliczych, zwłaszcza tam, gdzie nie można było doszczętnie zoperować. Rentgenoterapia wymaga wielkiej ostrożności u dzieci, a więc należy tu używać słabych dawek i stosunkowo miękkich lamp. Z innych cierpień gruźliczych nadają się do tego: leczenie przetoki odbytu, gruźlica otrzewnej, sterczu, pęcherzyków nasiennych, torebek ścięgnistych i t. p. Pomocne bywa leczenie równoczesne tuberkuliną. B. używa filtrów aluminiowych przy oddaleniu 24—30 cm, daje pełną dawkę Sabourauda z różnych stron, poczem następuje 3-tygodniowa przerwa. K.

Jerusalem. **Przyczynek do chirurgicznego leczenia gruźlicy w uzdrowiskach.** (Med. Klinik, 1912, Nr 20). J., zachęcony wynikami innych, postanowił wspólnie z Frankfurterem leczyć gruźlicę chirurgiczną w sanatoryum Grimmenstein słońcem i powietrzem i po $1^1/_2$ roku doświadczenia jest dumny ze swoich wyników. Ogółem leczył 37 przypadków i osiągnął przeważnie dobre i rychłe wyleczenia lub polepszenia, których przy innych sposobach leczenia w tak krótkim czasie z pewnościąby się nie osiągnęło. Stosował przytem tylko małe zabiegi chirurgiczne, ew. zastoinę lub leczenie przetok pastą Becka. Gojenie postępuje rychło i, co najważniejsze, uzyskuje się dobre wyniki co do czynności danej części ciała. Uzdrowiska, w których ma się prowadzić leczenie tym sposobem, nie koniecznie leżeć muszą w wysokich górach, byleby miały światło od południa i dobre powietrze. Ze względu na klasę robotniczą powinny znajdować się one w sąsiedztwie dużych miast, a do budowy ich przyczyniać się powinny kasy chorych. K.

Moynihan. **O wrzodzie dwunastnicy.** (Wien. med. Woch. 1912, Nr 16). Wrzód dwunastnicy występuje, podług M., bardzo często, a 5 razy częściej, niż wrzód żołądka. Zwykle wydarza się u mężczyzn między 25—45. rokiem życia. Przypady występują okresowo naprzemian z okresami zupełnego zdrowia. Zwykle zjawiają się napady po zaziębieniu, a więc częściej w miesiącach chłodniejszych, po »zepsuciu żołądka«, po wzruszeniach i t. p. Typowym bywa nieraz ból »głodowy«, znikający po spożyciu pokarmów, występujący w stałych godzinach (np. o 4. po południu i o 2. w nocy). Podczas napadu kwaśność żołądka bywa wzmożona. Przy pilnem codziennem badaniu stolca nieraz wykrywa się w nim krew. Operacya polega na połączeniu żołądka z jelitem lub wycięciu wrzodu; Moynihan ma tylko $2^0/_0$ śmiertelności (?). K.

Rusu. **Nowy objaw przy zapaleniu dróg żółciowych.** (Tow. lek. wied. Czerwiec 1912). R. stwierdził, że chorzy ze zmianami dróg żółciowych po spożyciu 40 grm. galaktozy dostawali gorączki do 39·5°, przyczem nieraz zjawiała się żółtaczka, stolce były bezbarwne, a także czasem występowała leukocytoza we krwi. Natomiast po wyleczeniu takich chorych i u innych chorych nie spostrzegano tych przypadków nawet po spożyciu 70 grm. galaktozy. Zjawisko to odnosi Rusu do wzmożonej pod wpływem galaktozy produkcyi żółci, która przy zwężeniu dróg żółciowych nie może dobrze odpływać, ulega zastojowi i wessaniu. Badano w ten sposób przypadki kamicy, raka pęcherzyka i t. p. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 7. maja 1912 r.

1) St. Klejn: **Spostrzeżenia nad krwawiączką (haemophilia) u kobiet.** Wbrew znanemu twierdzeniu, że krwawiączka jest chorobą właściwą tylko płci męskiej, K. widział w ciągu ostatnich 3 lat 16 przypadków tego cierpienia u kobiet, a tylko 8 u mężczyzn. U kobiet cechą charakterystyczną choroby są obfite i długotrwałe krwawienia maciczne podczas peryodu, będące niekiedy przyczyną śmierci chorych (1 przyp.). Obok krwawienia macicznego istnieją zawsze inne typowe objawy tej choroby, jak u mężczyzn. Krwawiączka u bardzo młodych dziewcząt występuje często w postaci przewlekłej; chorym takim grozi już podczas pierwszej miesiączki krwotok, o czem pamiętać należy. Możliwość występowania krwawiączki wyłącznie w macicy, K. przyznaje, aczkolwiek sam przypadków takich nie widział. Krwawiączka u kobiet jest nietylko chorobą dziedziczną, ale również nabytą, czego dowodzą spostrzeżenia prelegenta. Objawy choroby nabytej mogą się zjawić nieraz bardzo wcześnie, a nieraz dość późno, np. w 16 r. życia. Krwotoki maciczne mogą trwać do 4 tygodni, a nawet dłużej; K. widział przypadek, w którym krwawienie z bardzo małemi przerwami trwało $^1/_2$ roku. K. spostrzegał dość często u kobiet z krwawiączką obrzmienie dziąseł ograniczone, które trwało całe lata i było źródłem ciągłego krwawienia. Poród u kobiet dotkniętych krwawiączką najczęściej nie daje krwotoków, aczkolwiek zdarzają się przypadki krwawień nawet śmiertelnych. K. zwraca uwagę na pewną skłonność do krwotoków u histeryczek, u zwyrodniałych i obarczonych dziedzicznie gruźlicą. Przypadki takie nie są krwawiączką, ale do pewnego stopnia mogą objaśniać powstawanie krwawiączki nabytej. Chore po krwotokach, nawet gwałtownych, przychodzą do zdrowia bardzo szybko; wogóle najczęściej wyglądają dobrze, są prawidłowo zbudowane i odżywione, chociaż zdarzają się osoby wątłe. Leczenie choroby (krwotoków macicznych) długi czas polegało na zabiegach ginekologicznych. Dopiero w latach ostatnich zaczęto stosować surowicę zwierzęcą lub ludzką, oraz pepton. K. na podstawie panujących obecnie teoryi o krzepnięciu krwi Morawitza i Wolfa rozbiera sposób działania tych 2 środków. Na mocy własnego doświadczenia dochodzi do wniosku, że w krwotokach macicznych należy przedewszystkiem wstrzyknąć dużą dawkę surowicy prawidłowej, a po kilku dniach dawkę tę powtórzyć. W razie bezskuteczności tego leczenia zaleca K. wstrzykiwanie rozczynu peptonu. W przypadkach rozpaczliwych należy wstrzyknąć świeżą surowicę ludzką lub zwierzęcą. W ostateczności pozostaje tamponowanie.

W dyskusyi Rzętkowski zaznacza, że bardzo lekkie postacie krwawiączki są wogóle częste u kobiet; występują w postaci zwiększonej kruchości drobnych naczyń krwionośnych, skutkiem czego u takich osób pod wpływem nieznacznego ucisku lub uderzenia pojawiają się dosyć nieraz rozległe siniaki. W tych razach nie zawsze chodzi o osoby chorowite lub zwyrodniałe, a skład i morfologia krwi często nie przedstawiają żadnych zmian. Rzeczywista krwawiączka u kobiet nie ogranicza się do macicy, lecz występuje z różnych miejsc ciała. Oczywiście, że w tych razach krwawienia fizyologiczne ulegają wzmożeniu. W przypadkach krwawiączki istotnej stwierdzić można wzmożoną kruchość naczyń krwionośnych drobnych (żył) przez nałożenie opaski uciskającej na ramię; wtedy poniżej opaski na skórze przedramienia występuje mnóstwo drobniutkich wybroczyn. Podobne wybroczyny widujemy u niektórych chorych na krwawiączkę prawie stale na kończynach dolnych. Zapomocą tego doświadczenia, które Rz. opisał w 1908 roku, stwierdzić możemy kruchość naczyń, i to wówczas, kiedy nastąpiła ogólna poprawa stanu chorych. Opisana przez prelegenta krwawiączka u kobiet różni się od krwawiączki męskiej tem, że zazwyczaj nie występuje jako cierpienie rodzinne, a nadto trwa nie od urodzenia chorych, lecz może pojawiać się w wieku późniejszym. Rz. nie zgadza się z prelegentem co do bezskuteczności wstrzykiwania żelatyny; w przypadku Rz. wstrzykiwania 10$^0/_0$ roztworu żelatyny były bardzo skuteczne. Z wstrzykiwania surowicy końskiej zwykłej Rz. żadnych wybitniejszych korzyści nie otrzymywał.

M. Jakowski wspomina o przypadku krwawiączki, w którym surowica przeciwpaciorkowcowa wywarła skutek pomyślny. — Lubliner zaznacza, że krwawienie z nosa, gardła i krtani spotyka się częściej u mężczyzn, niż u kobiet. — A. Sokołowski przytacza przypadek krwawiączki ograniczonej do krtani podczas miesiączki.

Jaworski zaznacza, że prelegent, rozważając przyczyny krwawień macicznych, pominął pewną ich kategoryę, mianowicie krwotoki maciczne pochodzenia przymiotowego, t. zw. angiosklerozę kiłową macicy, która cechuje się stwardnieniem naczyń, usadowionem tylko w naczyniach macicy. Podobne krwotoki maciczne, bardzo obfite i uporczywe, bez cech peryodyczności, nie poddają się żadnym środkom, jedynie leczenie przeciwprzymiotowe daje wynik dobry.

W odpowiedzi Klejn zaznacza, że co do kruchości naczyń, to dawniejsze doświadczenia Moravitza nie wykazały żadnych różnic w zachowaniu się naczyń u krwawców; zresztą sposób, podany przez Rz., jest niedokładny, gdyż zmiany w naczyniach, o ile istnieją, są natury przeważnie chemicznej, a nie anatomicznej. Żelatynie K. nie przypisuje żadnego działania leczniczego w krwawiączce. Uwagę Jaworskiego co do przymiotowej etyologii krwawień macicznych K. przyjmuje do wiadomości i sprawdzi ją na jednej chorej, którą obecnie spostrzega. W każdym razie trudno przypuścić, aby przyczyną krwawiączki ogólnej mógł być przymiot.

2) Skórczewski: **Dlaczego atofan wywołuje zwiększenie wydalania kwasu moczowego i czego możemy spodziewać się po nim w leczeniu dny.** Kwas fenilo-chinolino-karbonowy (atofan) po podaniu wewnętrznem wywołuje zwiększone wydalanie kwasu moczowego i dlatego rozpowszechnia się szybko w leczeniu dny. Wspólnie z Drem Sohnem spostrzegał prelegent występowanie w moczu poatofanowym kilku odczynów barwnych, z których najcharakterystyczniejszym był odczyn dwuazowy. Naprowadziło to badaczy na myśl, że atofan zamienia się na ciało pokrewne, ale chemicznie różne, które w rzeczywistości autorowie otrzymali; jestto oksyatofan. Sprawa utleniania atofanu na oksyatofan nasunęła pytanie, czy ustrój pracę tę wykonywa bez szkody. Badania dowiodły obecności zwiększonej ilości siarki obojętnej w moczu poatofanowym oraz zaburzenia w wydalaniu kwasów oksyproteinowych, pozwalających wnosić o zwiększonej ilości urochromu, podstawowego barwika moczu. Z wnioskiem tym zgadza się spostrzeżenie kliniczne, że zabarwienie moczu poatofanowego jest znacznie ciemniejsze. Stwierdzenie faktów powyższych musiało wywołać zmianę w tłómaczeniu działania atofanu. Teorya eliminacyjna Weintrauda, nie mająca za sobą dodatnich doświadczeń i wykazująca szereg niejasności, staje się coraz bardziej wątpliwą. Prelegent tłómaczy działanie atofanu na zwiększenie kwasu moczowego zaburzeniem utleniania, polegającem na utrudnieniu rozkładu kwasu moczowego na związki prostsze; przytem zaburzenie rozkładu kw. moczowego po podaniu pierwszej dawki musi być większe, niż po dawkach następnych. Czy polega to na niedostatecznej ilości fermentu urykolitycznego, który następnie ulega zmobilizowaniu, czy też na zmianie zasadowości środowiska pod wpływem wessania większej ilości środka kwaśnego, prelegent nie chce rozstrzygać. Wszystkie spostrzeżenia, nie zgadzające się z teoryą Weintrauda, można jasno wytłómaczyć zaburzeniem utleniania. Skuteczność atofanu polegałaby na wzmożeniu siły oksydacyjnej po

okresach atofanowych, co zdaje się wynikać z nizkich cyfr kwasu moczowego, zawsze tutaj spostrzeganych. Atofan należałoby zarzucić w okresie ostrego napadu dny, natomiast stosować go w małych, zwiększanych powoli dawkach podczas okresów zwolnienia; przytem zawsze będzie wskazane zachowanie ostrożności.

W dyskusyi Rzętkowski zaznacza, że badania prelegenta nie świadczą, aby urykoliza pod wpływem atofanu ulegała zmniejszeniu i aby na tem właśnie polegał mechanizm działania atofanu w kierunku wzmagania się ilości kw. moczowego w moczu. Zarówno wzmaganie się ilości kw. oksyproteinowych w moczu, jak i występowanie odczynu dwuazowego po atofanie świadczą, że może pod wpływem atofanu następuje toksyczny rozpad tkanek miąższowych i nukleoproteidów, skąd wzmaganie się ilości powstającego w ustroju i wydzielanego z moczem kw. moczowego. Atofan działa w niektórych przypadkach dny istotnej bardzo szybko i skutecznie. Dobre skutki ma wywoływać również w zapaleniu wielu stawów, gdzie już o dnę i kw. moczowy nie chodzi. Stąd też trudno mówić o wyłącznie swoistem przeciwdnawem jego działaniu. U osób zdrowych, według doświadczeń Rz., nie zawsze wzmaga on wydzielanie kw. moczowego endogenicznego. O powstającem pod wpływem atofanu zmniejszaniu się zasadowości krwi i o wpływie tą drogą na urykolizę trudno poważnie mówić; zresztą gdyby atofan istotnie zmniejszał utlenianie kw. moczowego w ustroju, to już to samo stanowiłoby przeciwwskazanie do jego podawania chorym dnawym, u których urykoliza jest zmniejszona, a co stanowi istotną przyczynę sprawy.

Halpern sądzi, że zasada, na której prelegent opiera swe przypuszczenia co do wpływu atofanu na utlenianie kw. moczowego, jest niesłuszna. Przedewszystkiem bowiem jest rzeczą wątpliwą, czy mamy prawo sądzić o upośledzonem utlenianiu białka na podstawie wzmożonej zawartości siarki obojętnej w moczu; ale gdyby nawet tak było, to nie mamy dostatecznej podstawy do przenoszenia warunków utleniania substancyi białkowych na inne sprawy oksydacyjne w ustroju, a względnie i na utlenianie kwasu moczowego; są to bowiem sprawy zgoła od siebie niezależne. Ustrój posiada szereg fermentów utleniających, działających na poszczególne substancye w rozmaitych kierunkach, a zaburzenia w utlenianiu jednej substancyi bynajmniej nie wywołują zaburzeń w utlenianiu innych.

W odpowiedzi Skórczewski zwraca uwagę, że twierdzenie Rzętkowskiego, iż atofan mógłby działać toksycznie i wywoływać zwiększenie kw. moczowego przez wzmożenie rozpadu nukleoproteidów, nie zgadza się z doświadczeniami Weintrauda, Bracha i prelegenta, a więc przypuszczenie takie należy odrzucić. Prelegent zwraca uwagę na przyczynowy związek, jaki w wyjaśnieniu działania atofanu występuje według jego tłomaczenia; jedna przyczyna zaburzenia w utlenianiu tłomaczy szereg objawów, i nie potrzeba uciekać się do przypisywania atofanowi własności swoistych.

T: Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8. V. 1912 r.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. Goldberg a) przedstawił kobietę, u której z pomyślnym wynikiem dokonał **plastycznej operacyi kości** po przebytem zapaleniu szpiku. Jama wypełniona została masą z wyciętego z goleni mięśnia.

b) Tenże przedstawił kobietę, u której usunął **kamienie żółciowe** oraz **kamień z pęcherza moczowego,** powstały wskutek pozostawienia jedwabnych szwów na tylnej ścianie pęcherza po zeszyciu przed kilku miesiącami przetoki pęcherzowo-pochwowej.

2) Sonenberg w zastępstwie nieobecnego na posiedzeniu kol. Sterlinga pokazuje **przypadek tętna paradoksalnego** u dwudziestokilkoletniego mężczyzny; gdy chory po głębokim wdechu oddech wstrzymuje — tętno ginie; brak tętna można tu jeszcze spostrzegać przez kilka sekund po nastąpionym wydechu. Przypadek ten ma być jeszcze przez kol. St. bliżej omówiony.

3) Kol. Skalski przeczytał opracowany wspólnie z kolegami Łuczyckim i Zielnickim **projekt regestracyi zgonów w Łodzi.**

Oto w zarysach ogólnych treść referatu: Regestracya zgonów, istniejąca od r. 1892 w całem państwie, w Łodzi od 2 przeszło lat z przyczyny niedbalstwa Zarządu miejskiego nie istnieje. Łatwo zrozumieć, jakie to pociąga za sobą następstwa. Brak cyfr ścisłych nie pozwala się oryentować w śmiertelności miasta wogóle i w natężeniu panujących w mieście chorób nagminnych, stąd niepodobna wiedzieć coś pewnego o istotnym stanie zdrowotnym miasta i jego poszczególnych dzielnic, oraz powstają poważne przeszkody przy podejmowaniu zarządzeń zdrowotnych. Zdaniem autorów projektu należy starać się o przywrócenie w naszem mieście regestracyi. Najlepiej, według nich, dałoby się to uskutecznić, gdyby za wprowadzeniem regestracyi oświadczyło się Towarzystwo lekarskie.

Autorowie szczegółowo przedstawiają opracowany przez siebie projekt, który przewiduje utworzenie stanowiska lekarza-statystyka miejskiego z płacą 1500 rb., oraz dwóch pomocników z płacą po 1200 rb. Na lekarzach tych ciążyłby obowiązek określania przyczyny zgonu w tych jedynie przypadkach, gdy zmarły nie uciekał się za życia do pomocy lekarskiej. W przeciwnym razie świadectwa zgonu wydają lekarze domowi, a świadectwa te służą za podstawę do grzebania zwłok i są przesyłane codziennie przez odnośnych urzędników stanu cywilnego lekarzom-statystykom, którzy znów na zasadzie tych świadectw oraz własnych spostrzeżeń robią co tydzień zestawienia i otrzymany w ten sposób materyał komunikują władzom oraz ogółowi. Przypadki nagłej śmierci oraz samobójstw i zabójstw podlegają orzeczeniu lekarzy cyrkułowych, którzy w każdym takim przypadku wraz z rozpoznaniem, na sekcyi opartem, przesyłają zawiadomienia do lekarzy-statystyków. Regestracya, według powyższego projektu, jeśli nie jest bez wad, ma jednak w porównaniu z tą, która obowiązywała do r. 1910, zalety: skupia czynności w rękach lekarza-statystyka, dalej pozwala dokładniej regestrować przyczyny zgonów i prędzej otrzymywać pozwolenie na pochowanie zwłok, ponieważ nie będzie potrzeba, jak to było dotychczas, otrzymywać od lekarza cyrkułowego potwierdzenia świadectw zgonu, wydawanych przez lekarza domowego.

Nad projektem tym wywiązała się dyskusya.

Niektórzy z biorących udział w dyskusyi wypowiadali pogląd, że regestrowanie zgonów według powyższego projektu nie o wiele stan rzeczy zmieni, stwierdzanie bowiem przez lekarzy-statystyków zejść śmiertelnych w tych przypadkach, które nie były za życia obserwowane przez lekarza, naraża materyał statystyczny na to, że będzie równie niepewnym i niedokładnym, jak i przedtem, kiedy świadectwa zgonów wystawiali lekarze cyrkułowi. Zwrócono jednakże w dyskusyi uwagę na to, że błędy i niedokładności zawsze być muszą w statystyce i że doskonałą mogłaby być statystyka przyczyn zgonów tylko chyba wówczas, gdyby w każdym przypadku śmierci obowiązywało dokonywanie sekcyi. Były głosy, proponujące obznajmienie się ze sposobem prowadzenia statystyki zgonów w Warszawie, względnie wzorowanie się na warszawskiej statystyce. Proponowano wreszcie wybór komisyi i opracowanie innego sposobu zapisywania zgonów i t. d. Naogół jednakże omawiany projekt spotkał się z przychylnem przyjęciem większości, uznano bowiem, że przynajmniej na razie, dla braku lepszego sposobu zaprowadzenia regestracyi według proponowanego wzoru w mieście, w którem od 2 przeszło

lat nie prowadzi się żadnej wogóle statystyki zgonów, może zmienić stan rzeczy na lepsze i uchwalono poczynić w imieniu Towarzystwa u władz starania w celu urzeczywistnienia omawianego projektu. W dyskusyi brali udział koledzy: Pinkus, Rundo, Sadkowski, Tenenbaum, Łuczycki, Krusche, Kaufman, Łukasiewicz, Goldberg, Glogier, Sonenberg i prelegent. E. Sonenberg.

Dalsze losy projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Uchwalenie przez parlament austryacki, a więc i wejście w życie tak koniecznej ustawy o chorobach zakaźnych odwlokło się znowu o kilka conajmniej miesięcy. Tułając się od lat przeszło pięciu z parlamentu do biur ministeryalnych i z powrotem, miał wreszcie projekt ustawy stanąć na porządku dziennym Izby posłów, gdy go zeń w ostatnich już dniach sesyi zepchnęła decyzya przewodniczących klubów parlamentarnych. Wprawdzie jeszcze w ostatniej chwili powiodło się Dr Adlerowi uzyskać odmienną uchwałę Izby, ale skończyło się na tem, że tylko referent komisyi sanitarnej przedłożył Izbie swoje sprawozdanie; do dalszych czytań ustawy i do jej przyjęcia nie doszło. A właśnie wśród pośpiechu, z jakim przy końcu sesyi parlamentarnej toczyły się obrady, były warunki korzystne do gładkiego przeprowadzenia ustawy przez Izbę bez »poprawek« ze strony różnych zwolenników »naturalnego leczenia«, przeciwników szczepienia i t. p. szkodników, których nie brak i w austryackim parlamencie.

Jeżeli powiedzie się uniknąć przy wznowionych nad ustawą obradach tego rodzaju »poprawek«, mogących przynieść sprawie znaczne szkody, to ustawa przejdzie prawdopodobnie z temi uzupełnieniami, które dodała do projektu komisya sanitarna Izby posłów i na które rząd się już zgodził. Uzupełnienia te są w przeważnej części zgodne z żądaniami, wypowiedzianemi przez ankietę naszą z r. 1907 i objętemi memoryałem Wydziału krajowego; mają więc dla naszego kraju szczególne znaczenie. Przeprowadzenie tych żądań zawdzięczać będzie kraj głównie JE. Adamowi hr. Gołuchowskiemu, obecnemu marszałkowi kraju, który jeszcze przed objęciem tego stanowiska, jako członek parlamentarnej komisyi sanitarnej gorąco zajął się postulatami naszymi co do ustawy przeciwepidemicznej i wpływem swym uzyskał przychylną uchwałę komisyi i zgodę przedstawicieli rządu na znaczną część tych postulatów.

Streszczając poniżej zmiany projektu, uchwalone ostatecznie przez parlamentarną komisyę sanitarną, odsyłamy co do samego projektu i dawniejszych jego modyfikacyi, przyjętych w Izbie panów, do poprzednio w tej sprawie ogłoszonych w »Przeglądzie lekarskim« artykułów (1907 Nr 41—43 i 45—49, 1909 Nr 10—12, 1911 Nr 19, 1912 Nr 12).

W przepisach, dotyczących donoszenia o chorobach zakaźnych, dodano postanowienie (w § 2), że drogą rozporządzenia może być wprowadzony obowiązek donoszenia kierownictwu szkoły o zachorowaniu na chorobę zakaźną uczniów, nauczycieli lub służby szkolnej. Postanowienie to odpowiada w pewnej mierze (aczkolwiek tylko w zakresie szkolnictwa) podniesionemu przez naszą ankietę postulatowi donoszenia podwójnego (to jest nietylko do zwierzchności gminnej), które u nas wobec znanej niesprawności wiejskich zwierzchności gminnych byłoby nieraz bardzo przydatne. Obowiązek donoszenia o przypadkach chorób zakaźnych nałożono (w § 3) także na nauczycieli i służbę szkolną (dotychczas projekt ustawy wymieniał tylko kierowników szkół), na właścicieli domów zajezdnych, hoteli i t. p. (jak to było w projekcie pierwotnym, co jednak Izba panów usunęła), wreszcie na weterynarzy w przypadkach chorób przenośnych ze zwierząt. Wniosek ankiety galicyjskiej o nałożenie obowiązku donoszenia także na duchowieństwo, niestety nie został uwzględniony.

W postanowieniach o odosobnieniu chorych i odkażaniu zaszły zmiany według wniosków naszej ankiety; mianowicie dodano ustęp, iż w razie potrzeby mają być urządzane szpitale przenośne (barakowe), zaopatrzone w potrzebne urządzenia i personal (§ 8), oraz że odkażanie ma być dokonane przez władze (behördliche Desinfection, § 9). Dodano tu też w przepisach o dostarczeniu lokalów izolacyjnych i środków transportowych zastrzeżenie, że mają być one dostarczone na czas. W ograniczeniach używania wody rozszerzono zakaz nietylko na wyrób, ale i na sprzedaż środków spożywczych (§ 11). Postanowienia o zamykaniu szkół i usuwaniu nauczycieli od zajęć w szkole (w razie choroby zakaźnej w ich domu) (§ 19 i 10) rozszerzono także na »inne podobne zakłady«. Bardzo ważne jest — zgodnie z żądaniem naszej ankiety — rozszerzenie przepisów o ograniczeniu ruchu resp. o zamknięciu przedsiębiorstw przemysłowych także na przypadki płonicy, błonicy i duru brzusznego (§ 21), oraz — również według wniosku naszej ankiety — zmiana słówka »mogą« na »muszą« w § 22, wskutek czego na zakażonych domach w przypadkach duru osutkowego, ospy, cholery i moru, a na zakażonych mieszkaniach przy płonicy, błonicy i zapaleniu opon będą musiały być umieszczane ostrzeżenia.

Specyalnie ze względu na stosunki ekonomiczne naszej ludności ma wielką doniosłość przyjęcie wniosku ankiety galicyjskiej, by osobom odosobnionym dostarczano utrzymania (§ 18, 23), i to ubogim — bezpłatnie. Komisya sanitarna Izby posłów poszła tu nawet jeszcze dalej, co zasługuje na największe uznanie. Mianowicie uchwaliła ona zupełnie osobny paragraf (obecny § 34), opiewający: »Osobom niezamożnym, w szczególności utrzymującym się z zarobków dziennych lub tygodniowych, wypłacane będzie w razie, gdyby wskutek zarządzeń według § 8, 18, 21 lub 23 (odosobnienie) nie mogły zarobkować, odszkodowanie w wysokości 60% zwykłego zarobku dziennego robotników, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia«. Wysokość zarobku (według zarobków zwykłych w danym okręgu sądowym) określana być ma według § 7. ustawy z 30. III. 1888. dpp. Nr 33. Uprawnionym do zapomogi z kasy chorych ma być wypłacana kwota uzupełniona do owych 60%, gdyby była od nich niższa.

Równie doniosłe w naszych warunkach jest opuszczenie — zgodnie z wnioskiem ankiety galicyjskiej — w § 30. postanowienia, aby odszkodowanie za zniszczone przy odkażaniu przedmioty wypłacane było ich właścicielowi tylko wówczas, jeżeli utrata tych przedmiotów zasadniczo zagraża bytowi materyalnemu właściciela, oraz — również zgodnie z naszym postulatem — przedłużenie terminu zgłoszenia się o odszkodowanie z 2 na 4 tygodnie (§ 33).

Pod względem zawodowych interesów lekarzy wprowadziła komisya sanitarna Izby posłów korzystne uzupełnienie projektu ustawy, zabezpieczając lekarzom epidemicznym pełne pobory w razie zachorowania (§ 28), w razie niezdolności do pracy minimum emerytury 2400 k., a rodzinom w razie śmierci lekarza zabezpieczając emeryturę VIII klasy rangi bez zawartych w pierwotnym projekcie ustawy ograniczeń (§ 35). W tych punktach zbiegły się starania organizacyi zawodowych lekarzy całej Austryi z wnioskami naszej ankiety, nieco tylko pod względem formalnym różniącymi się od obecnego brzmienia projektu ustawy po przerobieniu go przez komisyę parlamentarną.

Również w zasadzie zgodny z postulatami naszej ankiety, choć co do formy szczegółowej opracowany, jest nowy paragraf (obecnie § 36), dodany przez komisyę parlamentarną, a dotyczący emerytur i zaopatrzenia rodzin służby sanitarnej i dozorców chorych. Paragraf ten przeznacza w razie niezdolności do pracy, nabytej przy zwalczaniu epidemii, 600 kor. emerytury rocznej, w razie śmierci 300 kor. pensyi wdowiej, 150 kor. pensyi sierocej, 60 kor. dodatku na wychowanie i t. d.

Do kosztów, które ponosić będzie skarb państwa, przybyły wskutek tych zmian projektu: odszkodowania za utratę zarobku niezamożnych osób odosobnionych i koszta emerytur służby sanitarnej i jej rodzin. Wreszcie — zgodnie również z wnioskiem naszej ankiety — mają być prócz listów także telegramy, donoszące o chorobie zakaźnej, wolne od opłaty pocztowej.

Jako termin wejścia ustawy w życie uchwaliła komisya parlamentarna dzień 1. stycznia 1913.

Równocześnie z projektem ustawy przedkłada komisya sanitarna Izby posłów (niezależnie od uchwalonego już przez Izbę panów wezwania do rządu, aby wygotował projekt ustawy o szczepieniu krowianką), — pięć rezolucyi pod uchwałę Izby posłów. Są one następujące:

I. Wzywa się rząd, aby jaknajusilniej starał się i dołożył wszelkich usiłowań celem powszechnego wprowadzenia także i w Austryi instytucyi lekarzy szkolnych. (Do rezolucyi tej dołączono obszerniejsze uzasadnienie, które pomijamy, jako zawierające rzeczy, powszechnie lekarzom znane).

II. Wzywa się rząd do niezwłocznego przedłożenia projektu ustawy, któraby rozciągnęła umowy międzynarodowe, zawarte przez Austryę z innemi państwami, a dotyczące dotąd tylko moru, cholery i febry żółtej, także na inne choroby zakaźne, objęte niniejszą ustawą; przedewszystkiem zaś ma być

zawarta z Węgrami umowa co do obowiązkowego zawiadamiania o przypadkach chorób zakaźnych.

III. Wzywa się rząd do przedłożenia projektu ustawy, stwarzającej fundusz asanacyjny, przeznaczony na to, aby umożliwić lub ułatwić gminom lub instytucyom dobra publicznego budowę wodociągów i kanalizacyi, oraz wykonanie innych prac asanacyjnych.

IV. Wzywa się rząd, aby jaknajspieszniej przedłożył Izbie posłów projekt ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu gruźlicy i chorób wenerycznych.

V. Wzywa się rząd, aby popierał budowę sanatoryów przeciwgruźliczych, planowanych przez Towarzystwa przeciwgruźlicze w wielu krajach koronnych i aby w tym celu wstawił do budżetu ministerstwa spraw wewn. na r. 1913 odpowiednio wysoką kwotę. C.

†

Dr Edmund Neusser

profesor Uniwersytetu wiedeńskiego

ur. w Swoszowicach pod Krakowem 1. grudnia 1852, zmarł w Fischau 30. lipca 1912.

Życiorys podamy w jednym z następnych zeszytów.

Konkurs.

Jeden ze współpracowników »Przeglądu lekarskiego« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wyszła z druku obszerna rozprawa Prof. Dra Stanisława Domańskiego p. t. »Nerwica urazowa«. Z rozprawy tej nie omieszkamy zdać dokładniej sprawę w jednym z następnych numerów.

— Stanowisko asystenta Zakładu anatomii patologicznej wakuje od 1. października 1912. Podania wnosić należy do Dziekanatu Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. VII. do 27. VII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 8, ospy wietrznej 2, płonicy 3 † 1 (6 † 2), duru brzusznego 6 † 1 (2 † —), tężca — † — (1 † 1), nagm. zapalenia opon mózg. 1, czerwonki 4 (1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Od kilku tygodni rozpoczął swą działalność miejski Zakład dezynfekcyjny, połączony z zakładem palenia śmieci i odpadków. Zakład, zbudowany przy ul. Spokojnej, kosztował blizko 300.000 rb.; budżet roczny określono na 70.000 rb. Personal zakładu składa się z 60 osób, odpowiednio wykształconych i egzaminowanych przez komitet nadzorczy, który składają: radny magistratu p. Mrozowski, naczelny lekarz miejski Dr Polak, inspektor urzędu lek. Dr Puszkin, i delegaci Towarzystw: technicznego, higienicznego i właścicieli nieruchomości.

— Towarzystwo przeciwgruźlicze warszawskie otwarło 1. VII. b. r. sanatoryum ludowe (w pobliżu sanatoryum w Rudce) pod nazwą »Leśniczówka«, mieszczące na razie 10 chorych.

— Dr Władysław Stankiewicz, wybitny chirurg, dzielny pracownik naukowy i nauczyciel młodszego pokolenia lekarzy, płodny pisarz, zasłużony obywatel kraju, obchodzi w r. b. półwiekowy jubileusz pracy lekarskiej. Ukończywszy w r. 1862 Akademię medyko-chirurgiczną, brał udział w ówczesnych wypadkach krajowych. Poświąciwszy się chirurgii, w której szczególnie w dziale urologicznym przodował, wykształcił cały szereg uczniów, pracując zrazu na stanowisku chirurga szpitala dziecięcego przy ul. Aleksandryi, potem szpitala św. Rocha i szpitala ewangielickiego, którego później został lekarzem naczelnym. Z okazyi jubileuszu poświęcił »Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny« ostatni swój zeszyt Dr W. Stankiewiczowi. Do życzeń, wyrażonych Czcigodnemu Jubilatowi przez wydawców »Przeglądu chirurgicznego«, całem sercem się przyłączamy.

— Dr Antoni Michałowski w Żelechowie obchodził jubileusz 50-letniej pracy lekarskiej. Od lat 40 pracując w Żelechowie, założył tam szkołę, ochronkę, straż ogniową, kasę zaliczkową i sklep współdzielczy.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 22. VII. do 29. VII. 1912 przypadków: ospy 3 † 1, płonicy 1. Dr Trenkner.

Mianowani: Dr Lejars profesorem patologii zewnętrznej (po Lannelongue'u), Dr Legueu profesorem chorób dróg moczowych (po Albarranie), Dr Desgrez profesorem chemii lek. (po Gautierze) w Paryżu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1912:

Gazeta lek. Nr. 27—31. Popielski: O zasadniczych zjawiskach czynności wydzielniczej gruczołów trawiennych (27—28).— Klejn: Spostrzeżenia nad krwawiączką (haemophilia) u kobiet i jej leczeniem (27—28). — Tuz: Spostrzeżenia kliniczne nad próbami tuberkulinowemi sposobem Mantoux'a i Pirqueta (28—29). — Koelichen i Skłodowski: Przypapek zapalenia mózgu o przebiegu podostrym u 9-letniego chłopca (29—30). — Gębarski: Przypadek przewlekłego zapalenia przerostowego wielosurowicówkowego (30—31).

Medycyna i Kronika lek. Nr 27—30. Raschkes: Jeszcze w sprawie cesarskiego cięcia pochwowego (27). — Stein: Przypadek zapalenia płuc przewlekłego u dziecka (pneumonia chronica (27). — Biehler Matylda: O dyecie w płonicy (28). — Korybut-Daszkiewicz: Przyczynek do nauki o niektórych postaciach zakażeń krwi u dzieci (zakażenie paciorkowcami i pneumokokami) (28—29). — Judt: Przypadek torbieli przewodu omoczny u oseska (29). — Bregman: Przyczynek do spraw kurczowych w wieku młodocianym (30—31). — Giedgowd: O wadze ciała w durze brzusznym (30).

Tygodnik lek. Nr. 27—30. Sołowij: Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego i położniczego szpitala powszechnego we Lwowie za rok 1911 (27—29). — Bednarski: O operacyach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego (27). — Grossek: O zimnicy w Żółkiewszczyźnie (dok. 27). — Toczyski: O wynikach badania tonometrem Schiötza oczu zdrowych i oczu dotkniętych jaskrą (28—30). — Skałkowski: Uwagi o badaniu uszkodzonych w sprawach t. zw. wypadkowych i o symulacyi (30).

Nowiny lek. Nr 7. Czajkowski: O leczeniu swoistem reumatyzmu oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia. — Starkiewicz: Gruźlica dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. (7).

Postęp okulist. Nr. 6. Rumszewicz (dok.). — Reis: Określenie dojrzałości zaćmy starczej na podstawie biochemicznego odczynu soczewki.

Neurologia polska T. II. Z. IV. Grzywo-Dąbrowski: Przypadek omamów wrzekomych o podkładzie hypnagogicznym. — Pański: Przypadek operowanego nowotworu opon rdzeniowych. — Nowicki i Orzechowski: Stwardnienie guzowate i choroba Recklinghausena, jako jednostka chorobowa pod względem anatomicznym (dok.).

Zdrowie Z. 7. Chełchowski: Pożary w Królestwie Polskiem. — Weissel: W sprawie działalności sanitarnej gmin. — Żebrowski i Bratkowski: Wpływ wody druskienickiej »Nasza« na wydzielinę soku żołądkowego.

Przegląd higieniczny Nr 7 i 8. Mołczański: Spalanie śmieci w piecach systemu »Humboldt«.

Kronika dentyst. Nr. 7. Idzikowski: W sprawie stosowania w dentystyce surowicy Deutschmanna.

Głos lekarzy Nr 14. Grossek: Rzut oka na sprawę alkoholizmu ze stanowiska higieny społecznej. — Zwalczanie gruźlicy w kasach chorych. — Mikołajski: Z wycieczki do zdrojowisk krajowych.

Słowo lekarskie Nr 13—14. Stan szpitali w Galicyi (dok. 13). — Dlaczego podupadamy? (13). — II. Zjazd lekarzy rządowych w Austryi (13). — Organizacya niewolą? (14). — Zatarg lekarzy z Wydziałem krajowym (14). — Drobna kwestya etyczna (14).

Nasze zdroje Nr 15—16. Biegeleisen: Przemysł instalacyjny w zdrojowiskach (15). — Dwie wycieczki balneologiczne do Druskienik (15). — Zanim słońce zejdzie... (15). — Przegląd zdrojowisk i uzdrowisk (15). — Orłowicz: Wycieczka medyków lwowskich po zdrojowiskach (15). — Bandrowski: Zdrojowiska w Królestwie polskiem w odniesieniu do akcyi kraj. Związku zdroj. i uzdr. w Galicyi (16). — Lewicki: Leczenie chorób kobiecych w zdrojowiskach (16).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 7—8. Zanietowski: O systemizacyi środków integralnych i pomocniczych w balneoterapii, oraz o ich stosunku do medycyny wogóle, a do neurologii w szczególności.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LI. Kraków, dnia 10. sierpnia 1912. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni fizyologicznej Prof. Dr Cybulskiego.

Zmiany elektrokardyograficzne wywołane obecnością cieczy w worku osierdziowym.

podał

Prof. Dr Cybulski i Dr J. Surzycki.

Badając elektrokardyogramy u ludzi zdrowych oraz dotkniętych wadami serca, zauważyliśmy u jednego badanego, który według obserwacyi lekarskiej (Dr Surzyckiego) przebywał zapalenie wysiękowe osierdzia (pericarditis exsudativa), że wśród zwykłych warunków badania wychylenia nitki galwanometru albo zupełnie nie występowały, albo, o ile występowały, były nieporównanie słabsze i nie przedstawiały zwykłych cech elektrokardyogramu, jakie spotykamy u człowieka zdrowego. Załamek przedsionkowy *P* występował nieznacznie i poprzedzał załamek *R* znacznie więcej niż normalnie. Załamek *R*, poprzedzony małym *q*, a będący wyrazem stanu czynnego komór, wznosił się bardzo nieznacznie ponad poziom, przedstawiał większy czas trwania, niż w przypadkach prawidłowych, poczem nitka wracała do zera, wykazując już tylko bardzo słaby załamek *T*.

Badania na tym samym chorym powtórzyliśmy kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu, i jakkolwiek badanie kliniczne wykazało pewną poprawę i ustępowanie stanu zapalnego w osierdziu, to elektrokardyogram wciąż był nieprawidłowy. Podczas tego okresu poprawy wykazanej klinicznem badaniem, zwiększał się załamek *P*, jednak zupełnie się nie zmienił załamek *R* i również bardzo słabo się zaznaczył załamek *T*.

Ponieważ warunki badania pozostawały te same, jak przy badaniu zdrowych osób, musieliśmy te zmiany w elektrokardyogramie przypisać wyłącznie tylko zmianom, istniejącym w worku osierdziowym, a także w mięśniu sercowym, zależnym od sprawy chorobowej danego osobnika.

Ponieważ zmiany w elektrokardyogramie były tak charakterystyczne i występowały także w tym okresie, w którym chory klinicznie mógł być uważany za ozdrowieńca, na zjawisko to musieliśmy zwrócić szczególną uwagę, sądząc, że badania elektrokardyograficzne mogą być bardzo ważnym środkiem rozpoznawczym dla danego cierpienia. Niestety nie mając więcej takich przypadków, które zresztą w tutejszych szpitalach i klinikach należą do rzadkości, i nie mogąc w drodze prywatnej znaleść odpowiednich chorych zmuszeni byliśmy ograniczyć się w naszych badaniach wyłącznie tylko do zwierząt.

Zamiarem naszym było wywoływać u zwierząt sztucznie zapalenia osierdzia i następnie badać je zapomocą galwanometru Einthovena.

Na razie jednakże ograniczyliśmy się tylko do zbadania wpływu jednego czynnika, a mianowicie obecności cieczy w worku osierdziowym, przypuszczaliśmy bowiem, że oprócz wpływu cieczy zawartej w worku osierdziowym na charakter elektrokardyogramów, nie może zostać obojętnym stan mięśnia sercowego, który podczas zapalenia pewnym zmianom ulegać musi.

Doświadczenie, wykonane na psach, którym do worka osierdziowego wprowadzaliśmy rozmaite ilości fizyologicznego rozczynu soli, przemawiają najzupełniej za tem, że przypuszczenia nasze są słuszne.

Doświadczenia te wykonywaliśmy albo na psach zamorfinizowanych, albo na psach kuraryzowanych. Po zdjęciu elektrokardyogramu zwierzęcia, w ten lub ów sposób ubezwładnionego, otwieraliśmy klatkę piersiową i podtrzymując sztuczne oddychanie, zdejmowaliśmy ponownie elektrokardyogram. (Patrz fig. 1. i 2). Następnie przebijaliśmy ostrożnie worek osierdziowy i po umocowaniu specyalnie na ten cel zro-

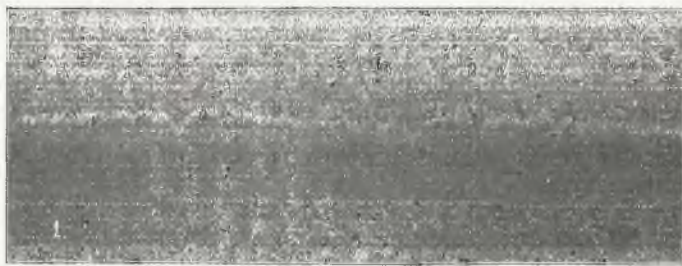


Fig. 1.

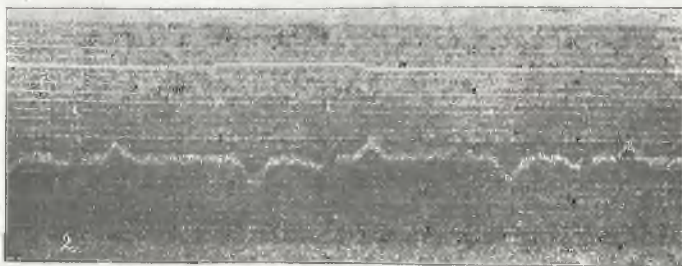


Fig. 2.

bionej kaniuli, łączyliśmy ją z osobnym przyrządem, który pozwalał wprowadzić ściśle oznaczone ilości fizyologicznego rozczynu soli, ogrzanego do ciepłoty ciała. Po wprowadzeniu pewnej ilości rozczynu do worka osierdziowego, zdejmowaliśmy ponownie elektrokardyogram.

Wynik z 8 w ten sposób dokonanych doświadczeń przedstawia się w sposób następujący:

Wprowadzenie cieczy do worka osierdziowego zmienia odrazu elektrokardyogram i w jednakowym stopniu



Fig. 3.

przy rozmaitych sposobach odprowadzenia. (fig. 3). Zmiana ta polega głównie na tem, że wysokość wszystkich załamków się zmniejsza, jednakże typowy charakter elektrokardyogramu nie znika.

Zmiany te są zależne od ilości wprowadzonej cieczy i wogóle są tem wybitniejsze, im więcej wprowadzono cieczy. W niektórych przypadkach większa ilość wprowadzonej cieczy (więcej niż 100 cm^3.) wpływa na czyność serca w ten sposób, że wywołuje znaczne zwolnienie ruchów serca. Po usunięciu cieczy z osierdzia rytm skurczów i elektrokardyogram zwykle wracają do stanu prawidłowego. (patrz fig. 4).



Fig. 4.

W 2 atoli przypadkach przy większej ilości cieczy (ponad 100 cm^3.) przy zwolnionym rytmie elektrokardyogramy przedstawiały załamki w odwrotnym kierunku, jak w stanie prawidłowym. (patrz fig. 5).



Fig. 5.

Przyczyny tego zjawiska, która zupełnie znika po usunięciu cieczy z worka osierdziowego, dotychczas nie mogliśmy bliżej zbadać, sądzimy jednakże, że ono jest następstwem zmiany, wywołanej w przebiegu stanu czynnego w włóknach sercowych. W obu tych przypadkach bowiem jednocześnie znika zupełnie załamek przedsionkowy *P*, z czegoby można sądzić, że pod wpływem ucisku ze strony osierdzia następuje pewnego rodzaju dyssocyacya skurczu przedsionków i komór, przyczem czynność przedsionków zostaje zahamowana, skurcze zaś komór zależą od przebiegu stanu czynnego w odwrotnym kierunku.

Elektrokardyogramy bowiem w tych przypadkach są zupełnie podobne do tych, które się otrzymuje, jeżeli się bezpośrednio drażni koniuszek serca.

Te różnice między elektrokardyogramami, otrzymanymi u psów przy miernych ilościach cieczy w osierdziu, i u człowieka, u którego już klinicznie cieczy nie można było wykryć, świadczą według naszego zdania wymownie o tem, że rzeczywiście na charakter elektrokardyogramów wpływa nietylko obecność samej cieczy przy zapaleniu osierdzia, lecz że w tym przypadku muszą zachodzić głębokie zmiany w mięśniu sercowym, które jego czynność znacznie obniżają.

Te kilka spostrzeżeń pozwoliliśmy sobie przytoczyć jako dowód, że galwanometr strunowy Einthovena może się okazać bardzo pożytecznym przyrządem w rozpoznawaniu tych zmian w osierdziu, których kliniczne badania jeszcze nie są zdolne wykazać.

Etyologia, patologia i leczenie gruźlicy narządu słuchowego.

(Wykład na VII. międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym dnia 17. kwietnia 1912 w Rzymie).

Podał

R. Spira.

Sprawy gruźlicze ucha zdarzają się wogóle częściej niż się zwykle sądzi. Wobec ciężkiej ogólnej gruźlicy lekarz, zwykle zajęty poważnym stanem ogólnym lub gruźlicą płuc, krtani i innych narządów, zbyt mało zwraca uwagi na sprawę uszną, i to tem bardziej, że gruźlica ucha często przebiega prawie bez objawów i dolegliwości podmiotowych. Z drugiej strony tam, gdzie choroby ucha już występują jawnie i zwracają na siebie uwagę, przyroda ich gruźlicza często trudno daje się poznać i bywa przeważnie nieuwzględnioną.

Sprawy gruźlicze ucha po największej części towarzyszą gruźliczym cierpieniom innych narządów. Jednakże nie każda choroba uszna u osoby gruźliczej, musi być także przyrody gruźliczej. Obok gruźlicy płuc może wystąpić zwykłe niegruźlicze zapalenie ucha, które tem łatwiej tu powstaje, że przez chorobę płucną zostaje obniżona ogólna odporność ustroju, względnie miejscowa odporność narządu słuchu przeciw drobnoustrojom, zwykle w trąbce i w jamie bębenkowej obecnym, jakoteż przeciw różnym innym wpływom szkodliwym.

Z drugiej strony towarzyszące często gruźlicy płuc sprawy nieżytowe w górnych drogach oddechowych sprzyjają i ułatwiają rozwinięcie się choroby ucha środkowego różnego pochodzenia.

Ze wszystkich części narządu słuchowego podlega gruźlicy najczęściej ucho środkowe, następnie wyrostek sutkowy, trąbka kostna, rzadziej ucho zewnętrzne i trąbka chrząstkowa. Przeważnie ulega zmianom najpierw błona śluzowa jamy bębenkowej, skąd choroba przenosi się na błonę bębenkową, ściany kostne i wyrostek sutkowy. Według dotychczasowych spostrzeżeń początek gruźlicy ucha

środkowego występuje po największej części w postaci gruzełków prosowatych na błonie śluzowej jamy bębenkowej, które przez rozpad wiodą do owrzodzeń. Następnie rozwijają się gruzełki w błonie bębenkowej, których rozpad wiedzie do przedziurawienia tej błony i do ropienia ucha środkowego. Jama bębenkowa wypełnia się tkanką ziarninową i masami serowatemi i stąd sprawa posuwa się na kość skroniową. Rzadziej zdarza się, że gruźlica ucha najpierw zaczyna się na błonie bębenkowej lub w kości skroniowej i stąd dopiero później przenosi się na inne części narządu słuchu.

Pierwszymi, którzy rozpoznali sprawy gruźlicze błony śluzowej jamy bębenkowej, byli Tröltsch i Schwartze (1878). Pewne stwierdzenie tej choroby było możebne dopiero w kilka lat później, po odkryciu prątka Kocha. Pierwszy Eschle wykazał prątki gruźlicze w wydzielinie i w guzkach gruźliczych w jamie bębenkowej, następnie Natan, Haberman, Guranowski i inni. Walb pierwszy wykazał prątki w gruzełkach prosowatych na błonie bębenkowej. Haberman histologicznie wykazał gruźlicę na błonie śluzowej jamy bębenkowej.

Nowsze doświadczenia dowiodły, że gruźlica ucha zdarza się znacznie częściej, niż to dawniej przypuszczano. Haberman podaje, że 4·5% wszystkich przewlekłych ropień usznych jest przyrody gruźliczej. W 21 kościach skroniowych osób zmarłych na gruźlicę znalazł H. 5 razy gruźlicę ucha, a wśród 17 innych przypadków, w których już za życia istniało ropienie uszne, 8 razy gruźlicę ucha. Z 40 przypadków gruźlicy ucha 18% tyczyło się kobiet, 82% mężczyzn, co się tłómaczy większą częstością spraw nieżytowych nosa i gardła u mężczyzn.

Największa skłonność do gruźlicy ucha istnieje, według Schwabacha, u dorosłych w czwartym dziesiątku lat życia. Według Habermana gruźlica ucha najczęściej zdarza się w pierwszem, trzeciem i czwartem dziesięcioleciu. Skłonność do tej choroby w wieku dziecięcym pozostaje w związku z częstemi chorobami zakaźnemi ostremi, osutkowemi, krztuścem, gruźlicą gruczołów chłonnych, u dorosłych z istniejącą już gruźlicą przewlekłą.

Co do strony częściej zajętej spostrzeżenia autorów nie zgadzają się ze sobą. Guranowski (Medycyna 1874) widział na 25 razy ograniczenie choroby do ucha prawego, inni widzieli częściej zajęcie ucha lewego, co Boborne odnosi do częstszego zajęcia lewego szczytu płuc.

Sposób powstania zapalenia gruźliczego ucha środkowego bywa różny.

A) Jak już wyżej zaznaczyłem, sprawy gruźlicze powstają tu w przeważającej części przypadków wtórorzędnie, w następstwie sprawy gruźliczej innego narządu i to znów rozmaitemi drogami:

1) Gruźlica może, zająwszy (wtórnie n. p. przy gruźlicy płuc) błonę śluzową gardła, przez trąbkę nieprzerwanie szerzyć się na błonę śluzową jamy bębenkowej (infectio per continuitatem). Albo też trąbka sama pozostaje nietknięta i służy tylko jako przejście dla zarazków, które przy pewnych aktach odruchowych, przy kaszlu, kichaniu i t. p. zostają z powietrzem lub wydzieliną wpędzone do ucha środkowego z płuc lub z górnych dróg oddechowych, i to tem łatwiej, że trąbka uszna przy gruźlicy płuc zwykle nadzwyczajną posiada drożność. Znalazłszy na błonie śluzowej korzystną glebę do rozwoju, prątki wywołują tu łatwo sprawę gruźliczą (Kontaktinfektion), podobnie jak w gruźlicy krtani.

W podobny sposób gruźlicze wyrośle gruczołowate w gardle mogą stanowić punkt wyjścia dla zakażenia jamy bębenkowej. Grimer wykazał drogę prątków od tkanek gruczołowatych w jamie nosowogardłowej wzdłuż warstwy podśluzowej i naczyń chłonnych trąbki do ucha środkowego.

2) Rzadziej gruźlicze zakażenie ucha środkowego nartępuje »per continuitatem« z przeciwnej strony, przez szeszenie się sprawy gruźliczej z jamy czaszkowej, z ucha zewnętrznego po przedziurawieniu błony bębenkowej lub z jakiegoś innego poblizkiego miejsca kości skroniowej.

3) Nareszcie zakażenie ucha wtórorzędne może nastąpić drogą krążenia krwi lub limfy z innego ogniska, znajdującego się bądź to w płucach, bądź w gruczole chłonnym lub w innem miejscu ciała. Tego sposobu zakażenia dowodzą niezbicie przypadki, w których przy zdrowych płucach i nietkniętych górnych drogach oddechowych nastąpiło zakażenie gruźlicze kości skalistej, wyrostka sutkowego lub błony bębenkowej z gruczołu zserowaciałego lub z gruźlicy kości, rozwijającej się w odległej części ciała lub przy ostrej gruźlicy prosówkowej.

W podobny sposób, t. j. przez trąbkę, przez ucho zewnętrzne lub drogą obiegu krwi, może nastąpić wtórorzędne zakażenie przy samoistnem pierwotnem już istniejącem ropieniu usznem.

B) Rzadziej znacznie spostrzegano pierwotną gruźlicę jamy bębenkowej, Może ona przyjść do skutku przez wtargnięcie prątków gruźliczych z powietrzem do jamy bębenkowej przez trąbkę, przez ubytek w błonie bębenkowej, albo też przez zakażenie wrodzone.

Częściej ulega pierwotnym zmianom gruźliczym wyrostek sutkowy, co następowo pociąga za sobą zakażenie jamy bębenkowej Między innymi Haberman podaje przypadek pierwotnej gruźlicy błony śluzowej jamy bębenkowej. Haike opisuje przypadek pierwotnej gruźlicy ucha środkowego i błędnika, która wystąpiła u czerstwej i zdrowej zresztą młodej dziewczyny bez wykazalnych zmian jakiegobądź innego narządu i dołączyła się prawdopodobnie do ropienia usznego, pozostałego po błonicy w dzieciństwie. W rzadkich przypadkach spostrzegano też gruźlicze zapalenie ucha środkowego jako pierwszy objaw już istniejącej skrycie gruźlicy. Taki bardzo ciekawy przypadek opisał Guranowski.

C) Jako wyjątkowy sposób powstania gruźlicy narządu słuchu przytoczyć należy rozwój jej w uchu po wstrzyknięciu tuberkuliny. W 2 przypadkach Müllera gruźlicze zapalenie ucha powstało podczas leczenia nowotuberkuliną, a Hartmann widział w 2 przypadkach rozwijanie się gruźlicy ucha podczas leczenia tuberkuliną.

Początek i przebieg kliniczny zapalenia ucha środkowego u osób gruźlicą dotkniętych bywa różny i zależny w pierwszym rzędzie od przyczyny. Samoistne niegruźlicze zapalenie ucha może u osób gruźliczych z dobrym stanem ogólnym mieć przebieg zupełnie podobny do przebiegu u osób zdrowych. W gruźlicy ogólnej daleko posuniętej, choroba ogólna wywiera swój wpływ szkodliwy na miejscowe cierpienie uszne, podobnie jak to bywa w cierpieniach usznych u chorych zołzowatych, krzywiczych i t. p. Choroba miejscowa przeciąga się, staje się przewlekłą i wiedzie do różnych powikłań.

W jeszcze większym stopniu następuje to w gruźliczem zapaleniu ucha środkowego. Wprawdzie i tu przebieg zależy od stanu sił chorego, od odporności ustroju, od jadowitości prątków. I tu początek może być podobny do zwykłego samoistnego niegruźliczego zapalenia ucha, ostry z objawami silnego oddziaływania ustroju, z gwałtownymi bólami w uchu i w głowie, ciężkim stanem ogólnym, z gorączką i z zajęciem wyrostka sutkowego. W korzystnych warunkach ogólnych przebieg może być typowy i skończyć się pomyślnie, co jednak rzadziej się zdarza. Przeważnie ujawnia się wkrótce gruźliczy charakter choroby, pojawia się kilka ubytków w błonie bębenkowej, szybki rozpad tkanki, zajęcie wyrostka sutkowego, nabrzmienie gruczołów szyjnych, próchnienie i martwica kości skroniowej. Przez zajęcie kanału Fallopiusza następuje zapalenie, później porażenie nerwu twarzowego. Według doświadczeń Schwartzego porażenie n. twarzowego występuje w gruźliczem zapaleniu ucha środkowego 18 razy częściej, niż w zapaleniach niegruźliczego pochodzenia. Przez nadżarcie większych naczyń krwionośnych w sąsiedztwie mogą powstać niebezpieczne krwotoki z tętnicy szyjnej lub z zatoki

żylnej. Takie śmiertelne krwotoki opisali Hessler, Moos-Steinbrügger, Politzer i in. Choroba może także stanąć w pewnym okresie na jednym stopniu, zresztą przebiegać przewlekle, jak w postaci następującej.

Najczęstszą i cechującą dla gruźliczego zapalenia ucha jest postać od początku przewlekła. Po krótkim okresie zwiastunowym, w którym istnieje uczucie pełności i lekki szum w uchu, albo też bez takiego okresu odrazu pojawia się większa lub mniejsza ilość rzadkiej wydzieliny z ucha, bez bolów, bez bolesności uciskowej, wogóle bez żadnych objawów podmiotowych ani ogólnych, tak że chory nie może podać, kiedy się choroba zaczęła. Błona bębenkowa jest blada, przyćmiona lub słabo zaczerwieniona, obrzękła, z jednem lub kilku przedziurawieniami, czasem z białym nalotem na brzegach ubytków. Mimo braku zmian zapalnych ostrych następuje wkrótce rozległe zniszczenie błony bębenkowej lub kostek usznych i szybkie obniżenie bystrości słuchu. W dalszym przebiegu przewlekłym sprawa może zatrzymać się w jakimbądź okresie, albo zniszczenie rozszerza się na błędnik i kość skroniową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Queirolo. **Kiła mózgu.** (Riforma medica, 1912, Nr 17). Salwarsan okazał się bezskuteczny wobec zwyrodnień układu nerwowego ośrodkowego, wywołanych przez kiłę; natomiast rtęć, o ile chodzi o zmiany kilakowe i kiłowe zapalenie błony wewnętrznej tętnic, działa znakomicie, jeżeli tylko wczas kiłę rozpoznano i rozpoczęto leczenie. Na dowód tego przytacza Q. 2 przypadki. Pierwszy dotyczy osoby 45-letniej, u której wystąpiło porażenie mięśni twarzy i kończyny górnej, a nadto wybitne zaburzenia psychiczne, które uniemożliwiały wszelką pracę umysłową; rozpoznawszy kiłę tętnic mózgowych (endarteriitis luetica cerebralis), zastosowano wcierania szarej maści i jodek potasu, co w przeciągu półtora miesiąca doprowadziło do zupełnego wyzdrowienia. Drugi przypadek dotyczy osoby 62-letniej, u której nagle powstały zaburzenia czucia w kończynie górnej i dolnej po stronie prawej, poczem wkrótce wystąpiły zaburzenia w kojarzeniu ruchów, a wreszcie porażenie obu kończyn; także i nerw twarzowy tej strony okazywał lekki niedowład: odruchy ścięgniste wzmożone, objaw Babińskiego dodatni. Okoliczność, że chociaż tak ciężko była zajęta sfera ruchowa mózgu, jednak sfera psychiczna była nietknięta, nakłoniła autora, po wyłączeniu krwotoku i zatoru mózgowego, mimo ujemnych wywiadów do rozpoznania zmian kiłowych lewej tętnicy Sylwiusza. Wcierania szarej maści i KJ usunęły w ciągu miesiąca objawy poraźne. Na podstawie tych danych twierdzi Q., że rtęć działa swoiście w kiłowych zmianach zapalnych układu nerwowego, o ile jeszcze nie doszło do następowych zwyrodnień i przypuszcza, że pod tym względem rtęć nie prędko ustąpi miejsca innemu lekowi. Dr T. T.

John. **Leczenie duru pyramidonem.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 18). W 38 bardzo ciężkich przypadkach duru stosował J. pyramidon w dawkach 0,15 co 3 godziny, podając go przez 2—3 dni. Czas ten zazwyczaj wystarczał do tego, by gorączkę w dalszym przebiegu obniżyć. Chorzy majaczący odzyskiwali szybko przytomność, wogóle cały przebieg choroby stawał się łżejszym. Leczenie to stawia autor na równi z leczeniem kąpielami, a nawet, jak w paru przypadkach mógł stwierdzić, sposób ten okazał się skuteczniejszym. Dr Sokołowski.

Weil. **O oznaczaniu ilości treści żołądkowej zgłębnikowaniem i o kontroli zapomocą promieni Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 29). O sprawności mechanicznej żołądka nie powinno się sądzić z ilości wydobytej treści po śniadaniu próbnem zapomocą ekspresyi, jeśli nie uwzględni się ewentualnie pozostałej reszty w żołądku. Celem wykazania, jak błędne mogą być wnioski tak jednostronnego badania, postępował W. jak następuje. Po możliwie dokładnem opróżnieniu żołądka z treści, podawał chorym dwie kapsułki glutoidowe z bizmutem, z których jedna zawierała prócz bizmutu kawałek korka, a zatem jako lżejsza utrzymywała się na powierzchni treści. Na płycie służącej do prześwietlania oznaczał W. odległość kapsułek od siebie a, tem samem wysokość słupa płynu pozostałego w żołądku. (Pierwszy tego rodzaju sposób postępowania podał Schwarz). Na 76 w ten sposób badanych przypadków stwierdził W., że tylko w 26 żołądek okazał się zupełnie próżny, natomiast w 50 można było stwierdzić jużto większą już mniejszą ilość treści w żołądku. Dr Sokołowski.

J. Grossmann. **Nowa modyfikacya oznaczania pozostałej treści w żołądku według Mathieu-Rémonda [1]).** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 23). Jak wiadomo, metoda Mathieu-Remonda polega na miareczkowaniu kwasu solnego naprzód w pewnej ilości treści żołądkowej, a następnie w treści pozostałej w żołądku, którą wydobywamy po uprzedniem wlaniu zgłębnikiem 100 cm^3 wody przekroplonej. Grossman zastępuje wodę przekroploną rozczynem $^1/_{100}$ normalnego ługu sodowego, który wlewa do żołądka w ilości 50 cm^3, a następnie dopiero dodaje 50 cm^3 wody. Wyższość tej metody ma polegać na tem, że ług sodowy miesza się z pozostałą treścią nietylko fizycznie, lecz i chemicznie, posiada bowiem wielkie powinowactwo do kwasu solnego. Dr Sokołowska.

R. Massini. **Znaczenie odczynu Wassermanna w chorobach wewnętrznych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 24 i 25). Na podstawie całego szeregu doświadczeń, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Odczyn Wassermanna jest dzielnym środkiem pomocniczym w uzupełnieniu wywiadów. 2) Przy ciężkich wyniszczających chorobach (gruźlicy, raku i t. p.), a również i przy samej żółtaczce odczyn Wassermanna bywa ujemnym. 3) Wybitnie dodatni odczyn Wassermanna w przebiegu choroby wewnętrznej przemawia za tem, że w ustroju toczy się jeszcze sprawa kiłowa, a więc, o ile nie mamy żadnych innych objawów kiły, możemy z pewnem prawdopodobieństwem przyjąć, że dana choroba wewnętrzna ma tło kiłowe. 4) Słabo dodatni odczyn Wassermanna może przemawiać za tem, że chory przebył kiedyś kiłę, a więc w danej chorobie chodzić może o cierpienie nie kiłowe u dotkniętego kiłą, lub o sprawę pokiłową, np. wiąd rdzenia, lub też wreszcie o następstwo przebytej kiły, jak tętniak, niedomykalność aorty i t. p. 5) Ujemny wynik próby Wassermanna nie wyłącza nigdy kiły. 6) Wreszcie przypuszcza autor, że istnieje może marskość wątroby kiłowa z wybitnie dodatnim odczynem Wassermanna, której klinicznie nie można odróżnić od marskości Laënnecowskiej. Dr Sokołowska.

Neurologia i psychiatrya.

Walker. **Przyczynek do sprawy leczenia porażenia postępującego nukleinianem sodu.** (Obozr. psichiatr. newroł. i eksper. psichoł. 1911. Nr 11—12). Autor leczył w klinice chorób umysłowych i nerwowych 11 chorych, z których 10 cierpiało na porażenie postępujące, a 1 na wiąd rdzenia. Stosowano 2% rozczyn według formuły Donatha (Natr. nuclein 2,0. Natr. chlorat 2,0. Aquae dest. 100,0). Rozczyn ten wprowadzano pod skórę, z początku w ilości 50,0. Po każdem takiem wstrzykiwaniu ciepłota

1) Prof. W. Jaworski podał tę metodę 14 lat wcześniej od wymienionych autorów, mimo to metoda ta utrzymuje się w literaturze niesłusznie pod ich nazwiskiem. (Przyp. sprawozd.).

w 4 godziny zawsze zaczynała się podnosić, dochodząc do maximum 38,0 — 38,6 w ciągu 10 godzin, poczem obniżała się powoli tak, że nazajutrz zawsze już bywała prawidłowa. Po kilku wstrzykiwaniach odczyn gorączkowy stawał się zwykle słabszy. Równocześnie z podniesieniem ciepłoty dawała się zwykle zauważyć leukocytoza (20000—30000 białych ciałek — maximum 43000). Leukocytoza zresztą silniej też występowała po pierwszych, niż po następnych wstrzykiwaniach. Innych pobocznych objawów przy stosowaniu średnich dawek (1 – 2 gramów Natr. nuclein.) nie spostrzegano. Natomiast po wyższych dawkach zdarzały się ropnie, które zresztą w ciągu tygodnia ulegały samoistnemu wessaniu. Świetnych wyników, opisywanych przez Donatha, autor nie zauważył. Wprawdzie w 5 przypadkach wystąpiło polepszenie (w jednym z nich nawet znaczne), nie trwało ono jednak nigdy długo i dotyczyło tylko stanu ogólnego, natomiast somatyczne objawy choroby pozostawały bez zmiany. Z tem wszystkiem, zważywszy naszą bezsilność wobec porażenia postępującego, autor radzi podjąć próby stosowania tego środka w początkowych okresach porażenia postępującego. S. Trzebiński.

K. S. Agadżaniane i Strezniewskij. **Kliniczne i doświaczalno-psychologiczne spostrzeżenia nad chorymi, leczonymi preparatem Ehrlicha.** (Obozrjenie psich. i newrol. 1912, Nr 11—12). Spostrzeżenia autora dotyczą 8 mężczyzn, chorych na porażenie postępujące. Z nich w chwili rozpoczęcia leczenia istniały zaburzenia umysłowe od kilku miesięcy u 6, od roku u jednego, od 5 lat także u jednego. Salwarsan wstrzykiwano podskórnie lub śródżylnie; w 4 przypadkach dwukrotnie, w pozostałych 4 jednokrotnie. Na ogół leczenie wybitnego wpływu na przebieg choroby nie wywierało. Nie zauważono wyraźnego działania ani na stan somatycznych objawów, ani na ogólny stan duchowy, ani też nareszcie na poszczególne czynności psychiczne. Waga ciała natomiast u większości chorych podnosiła się, odżywienie się poprawiało. Odczyn Wassermanna u wszystkich chorych pozostawał bez zmiany, z drugiej strony psychologiczne doświadczenia autorów stwierdziły istnienie równoległości pomiędzy wahaniami klinicznych objawów chorobowych, a takiemiż wahaniami sprawności czynności psychicznych, co autorowie uważają za rzecz, nie pozbawioną znaczenia dla naszych poglądów na zagadnienia psychofizyczne. S. Trzebiński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 21. maja 1912 r.

1) Czarkowski J. i Koelichen przedstawili **nowy sposób leczenia porażeń kurczowych zapomocą zabiegu operacyjnego.** Porażenia kurczowe, zależne od uszkodzenia dróg piramidowych w mózgu, pniu mózgowym, opuszce lub rdzeniu, polegają nie tyle na osłabieniu siły mięśniowej, która zwykle bywa w porażonych mięśniach dobrze zachowaną, ile na znacznem wzmożeniu napięcia w pewnych grupach mięśniowych. Ograniczenie zdolności ruchowej w kończynach porażonych zależy w tych przypadkach wyłącznie prawie od przykurczeń. Dla leczenia tych stanów kurczowych stosowano metodę Förstera, polegającą na przecinaniu w kanale kręgowym korzeni odpowiednich nerwów czuciowych, przez co, zmniejszając dopływ podniet czuciowych do odpowiednich ośrodków rdzeniowych przykurczonych mięśni, zmniejszano jednocześnie napięcie mięśnia. Metoda ta jednak umożliwia zmniejszanie napięcia mięśni w całej kończynie, a nie w poszczególnych grupach mięśniowych, stosowanie jej przytem wymaga poważnego zabiegu chirurgicznego. Nowa metoda, opracowana przez Schofela z kliniki Vulpiusa, polega na przecinaniu części gałązek nerwowych, biegnących od pnia nerwowego do przykurczonego mięśnia; daje ona wyniki natychmiastowe i trwałe. Przedstawiony chory, chłopiec 13-letni, po przebytem w pierwszych latach dzieciństwa zapaleniu mózgu miał porażenie połowicze lewostronne z przykurczeniami; górna kończyna była w położeniu zgiętem w łokciu pod kątem ostrym, przedramię w pronacyi, dłoń zgięta w stawie napięstkowym; w dolnej kończynie przykurczenie istniało głównie w mięśniach łydki. Po wykonaniu operacyi metodą Schofela przykurczenia te znikły i chory może się posługiwać kończynami lewemi.

2) L. Kryński przedstawił chorych i preparaty po różnych zabiegach chirurgicznych, oraz szereg preparatów z dziedziny chirurgii kiszki grubej.

Posiedzenie kliniczne z d. 28. maja 1912.

1) Bregman przedstawił 35-letnią chorą z **nowotworem przysadki mózgowej.** Chora przedstawia 2 główne objawy, zależne od miejscowego ucisku; 1) zaburzenia wzrokowe (ślepotę na prawem oku, hemianopsyę skroniową i ograniczenie nosowej połowy pola widzenia na lewem oku) oraz 2) znaczne powiększenie siodła tureckiego. Prócz tego istnieje szereg objawów, będących następstwem naruszenia czynności przysadki: wypadanie włosów, znaczne wychudnienie, obfite moczenie, zanik narządów rodnych, wydzielanie się od 4 lat z obu piersi gęstej cieczy, podobnej do mleka, tętno przyspieszone, ogólne osłabienie, bezsenność, apatya. Jest to sprawa nowotworowa przysadki o charakterze łagodnym. Rozwijała się od lat 12; od 3 miesięcy pogorszenie. Rozstrzygnięcie w podobnych przypadkach pytania, czy objawy są następstwem wzmożonej lub zmniejszonej czynności przysadki, jest wogóle bardzo trudne, gdyż wyniki badań doświadczalnych są sprzeczne, a dane kliniczne nie dość pewne. W danym przypadku mamy ważną wskazówkę w wynikach leczenia pituitryną: po 16 wstrzyknięciach stan chorej znacznie się poprawił: włosy przestały wypadać, wydzielanie moczu zmniejszyło się, chora czuje się mocniejszą, śpi dobrze. Pomimo tych wyników B. doradza chorej operacyę ze względu na zagrożenie wzroku.

2) Prof. Przewoski i Dębiński przedstawił przypadek **torbielowatego zwyrodnienia nerek.** Klinicznie rozpoznawano u chorego przewlekłe zapalenie śródmiąższowe nerek; po kilkutygodniowem leczeniu nastąpiła znaczna poprawa, białkomocz znikł zupełnie, chory czuł się dobrze; zmarł nagle w nocy. Sekcya wykazała zwyrodnienie torbielowate nerek. Przewoski objaśnia powstawanie tej sprawy zapaleniem nerek w życiu płodowem, trwającem następnie niekiedy aż do póżnego wieku; najczęściej sprawa jednocześnie zajmuje i wątrobę.

W dyskusyi przytacza Hewelke spostrzegany przez siebie odnośny przypadek. Co się tyczy hipotezy Przewoskiego o powstawaniu tej sprawy, to nie jest jasnem, dlaczego prelegent zaznacza jakby dwa rodzaje przypadków, z których jedne mają się zdarzać w wieku dziecięcym, a drugie około lat 40; zapewne muszą się zdarzać i w latach pośrednich, mogły tylko zbiegiem okoliczności nie być spostrzegane. Czy jest pewność, aby ta sama sprawa, rozpoczęta w zarodku, działała jeszcze w późnej dojrzałości? Czy badanie wykazuje w takich nerkach sprawę czynną, określoną i charakterystyczną, czy też są to następstwa sprawy dawno wygasłej? Jak wobec wymienionej hipotezy objaśnić obecność takich samych zmian w wątrobie, narządzie innej zgoła budowy? Może porównawcze badania takich zmian w nerkach i wątrobie doprowadziłyby do wyjaśnienia sprawy.

Stankiewicz Wł. omawia 3 przypadki odnośne; jeden z nich dotyczy chorej operowanej z jednostronnem zwyro-

dnieniem torbielowatem nerki. Hipotezę pochodzenia płodowego trudno pogodzić z długiem trwaniem tej choroby. Pechkranc opisuje spostrzegany przez siebie od dłuższego czasu przypadek, w którym objawy kliniczne upoważniają do rozpoznania torbielowatego zwyrodnienia nerek.

3) Paszkiewicz przedstawia preparaty **zwyrodnienia torbielowatego wątroby i nerek**; w tym przypadku klinicznie rozpoznano bąblowca wątroby i chorego poddano operacyi; dopiero badanie drobnowidowe wyciętego na operacyi kawałka wątroby wyjaśniło rozpoznanie, a sekcya stwierdziła podobne zmiany w nerkach.

T. Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 22. VII. 1912 r.

Przewodniczący: kol. Sterling, sekretarz Sonenberg.

1) Prezes kol. Krusche dłuższe przemówienie poświęcił pamięci zmarłego przed tygodniem kol. ś. p. Juljusza Lohrera. Mówca przytoczył ważniejsze daty z życia zmarłego, zaczął od skreślenia wizerunku Lohrera z czasów studenckich, mówił o sympatyi i zaufaniu, któremi już wówczas go koledzy darzyli w Dorpacie, następnie przeszedł do działalności zmarłego, jako lekarza, której początek zeszedł się z dobą powstania w r. 1863, wspomniał o tem, jak ś. p. Lohrer niósł gorliwie pomoc lekarską ranionym, jak w dalszej karyerze lekarskiej, zwłaszcza na stanowisku lekarza fabrycznego, pojmował swe obowiązki, jak zaznaczał swój stosunek do chorego robotnika, dla którego był zawsze współczującym, pełnym tkliwej życzliwości i serdecznego ciepła, opiekunem. Dalej podniósł kol. K. wartość zmarłego, jako człowieka, mówił o ś. p. kol. Lohrerze, jako o fachowcu, o dużej użyteczności, podniósł jego niepospolite zalety, jako kolegi, który był niezwykle wyrozumiały i w charakterze którego nie było miejsca dla zawiści i uprzedzeń, wreszcie wspomniał o węzłach, które wiązały zmarłego z naszem Towarzystwem, zwłaszcza w pierwszym okresie jego istnienia, kiedy ś. p. Dr Lohrer gorliwie w niem pracował i, ceniony dla swej prawości charakteru, był jedenaście razy z rzędu wybierany prezesem.

Po wysłuchaniu powyższego wspomnienia obecni przez powstanie z miejsc oddali cześć pamięci zmarłego kolegi i zarazem pierwszego prezesa i pierwszego członka honorowego Towarzystwa.

2) Kol. Goldberg a) przedstawił chorą po świeżo dokonanej operacyi **usunięcia macicy rakowatej**.

b) Tenże przedstawił chorą po wycięciu rakowato zwyrodniałej **lewej nerki**. Przed operacyą dokonał kol. Brabander cewnikowania moczowodów, które wykazało, że druga nerka jest zdrowa.

3) Kol. Sterling: **Myślenie warunkowe w medycynie** (podług Verworna i Hansemanna).

Pojęcie »przyczyny« w jego znaczeniu teoryo-poznawczem wymaga, by pewien czynnik, za przyczynę uznawany, wywoływał stale ten sam skutek, zarazem zaś, by ów skutek stale z tej samej przyczyny wynikał. Z tak właśnie logicznie koniecznem określeniem przyczyny w rażącem przeciwieństwie jest nadużywanie »związku przyczynowego« w naukach biologicznych, a szczególnie w medycynie, względnie w t. zw. etyologii chorób. Najjaskrawsze tego przykłady daje etyologia chorób zakaźnych, ale i wszystkie inne działy nozologii w ten sam nieścisły sposób, wskazują na jedną przyczynę, jako na czynnik etyologiczny. Szereg przykładów, dobranych przez Hansemanna ze wszystkich działów medycyny (etyologia chorób urazowych, zatruć, gruźlicy i innych chorób zakaźnych, chorób przemiany materyi, nowotworów, epidemii) przekonywa, że »przyczynowe« ujęcie etyologii chorób ujemnie wpływa na dalszy rozwój tego działu medycyny. Dlatego dążeniem medycyny powinno być staranie się o zastąpienie myślenia »przyczynowego« — myśleniem »warunkowem«, jak to już czynią nauki ściślejsze. Okaże się wtedy, że nie znamy wielu »warunków« powstania chorób; zdobędziemy natomiast racyonalniejszą metodę poszukiwania warunków nieznanych.

Po streszczeniu poglądów Verworna i Hansemanna, zachęca referent do przestudyowania prac tych autorów, poświęconych poruszonemu w referacie zagadnieniu.

(Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiał kol. Kaufman. Kol. Kaufman widzi w wywodach Hansemanna niezbyt fortunną próbę przeniesienia na grunt medycyny walk, które toczono w filozofii o pojmowanie przyczynowości. Wiadomo, iż Kant, wbrew wątpliwościom Humea, uznał przyczynowość za kategoryę naszego umysłu, t. j. widzi w niej pierwiastek subjektywny, który wkładamy w spostrzeganie zjawisk. Jako wynik naszej organizacyi, przyczynowość panuje na całym obszarze ludzkiego doświadczenia, bez względu na to, na jakim stopniu rozwoju naukowego ono się znajduje: dziki poszukuje w mechanizmie zegarka ducha, wieśniak w maszynie parowej konia. Poza stanowisko Kantowskie nie wyszliśmy pomimo prób wielorakich. John Stuart Mill, idąc śladami Humea, usiłował wyprowadzić prawo przyczynowości z doświadczenia i oprzeć je na spostrzeganiu stałej kolejności zjawisk w naturze. Kirchhoff znowu starał się pominąć je zupełnie, sprowadzając w swojej fizyce teoretycznej prawa przyrody do opisu zjawisk. Oczywiście, że proste następstwo i kolejność nie są równoznaczne z pojęciem przyczynowości, chociażby dlatego, że napotykamy w naturze stałą kolejność zjawisk, nie pozostających wcale ze sobą w stosunku przyczynowym. Nie można zastąpić również stosunku przyczynowego w biologii przez podstawienie zamiast niego warunków zjawiska, jak to czyni Hansemann. Przyczyny zjawisk w świecie istot żyjących są więcej skomplikowane i trudniej je wyodrębnić i odnaleść, niż w świecie nieorganicznym, nie należy jednak z tego powodu niwelować przyczyn zasadniczych z warunkami sprzyjającymi. Jeśli zaś splot cały przyczyn nazwiemy warunkami, to śród warunków tych będziemy musieli odróżniać warunki główne i zasadnicze od mniej ważnych. W ten sposób rzecz cała sprowadza się poprostu do gry słów. Przy rozpowszechnianiu się n. p. cholery niewątpliwie wielkie znaczenie mają wadliwe odżywianie się, dawniejsze choroby żołądka i t. d., zasadniczym jednak warunkiem — warunkiem »sine qua non« jest obecność przecinkowca Kocha, boć nie uznajemy wcale za cholerę tych przypadków, w których tego przecinkowca nie znaleziono. Tak samo warunkami rozpowszechniania się świerzbu jest brak czystości, przeludnienie i t. d., zasadniczym jednak warunkiem czyli poprostu przyczyną świerzbu jest swoisty pasorzyt. W propozycyach Hansemanna widzi K. tylko omówienie pojęcia przyczynowości, bez istotnego pogłębienia go.

(Streszczenie własne).

Po odpowiedzi prelegenta i replice kol. Kaufmana:

4) Kol. Goldberg pokazał olbrzymiej wielkości **torbiel jajnika**, usuniętą u 19-letniego dziewczęcia.

5) Kol. Goldman omówił szczegółowo dwa przypadki **z dziedziny chirurgii dróg żółciowych.**

Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny, który zachorował wśród objawów ostrego zapalenia otrzewnej. Do cięcia brzusznego przystąpił kol. G. w okresie ostrym. Po otwarciu jamy brzusznej wylała się nieznaczna ilość surowiczo-ropnego płynu. Natrafiono na twór, który okazał się bardzo rozszerzonym pęcherzykiem żółciowym z ropną zawartością (empyema vesicae felleae). Pęcherzyk usunięto. Przy uwalnianiu zrostów natrafiono na zgorzelinowy wyrostek robaczkowy, który również wycięto. W chwili omawiania przypadku (3. dzień po operacyi) stan chorego był zadowalniający.

Drugi przypadek dotyczył 36-letniej kobiety, która poprzednio przebyła cholecystostomię (w Wiedniu). Kol. G. z powodu uporczywych bólów otworzył ponownie pęcherzyk żółciowy, z którego wydobył wielką ilość kamieni. Ponieważ śluzówka pęcherzyka była mało zmieniona, kol. G. pęcherzyk szczelnie zaszył.

W dyskusyi kol. Maksymilian Cohn był zdania, że pęcherzyka zaszywać nie należało, ponieważ nawrót cierpienia jest w danym przypadku nieunikniony.

W odpowiedzi kol. Goldman podzielił zdanie kolegi Cohna co do możliwości nawrotu i tłumaczył dokonany przez siebie zabieg tem, że w razie nawrotu oryentowanie się w pozostałych drogach żółciowych przy zachowaniu pęcherzyka bywa łatwiejsze. — Kol. Goldberg zaznaczył, że podobnego sposobu postępowania trzyma się niekiedy Kehr. — W dyskusyi wziął również udział kol. Krusche.

Sonenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 20 kwietnia 1912.

I. Kol. Biegański podaje do wiadomości, że »Towarzystwo pracy społecznej« zwróciło się do Zarządu Towarzystwa lekarskiego z prośbą o zamianowanie kilku członków do wspólnej komisyi, która wobec blizkiego samorządu ma się zająć rozpatrzeniem najpilniejszych potrzeb higienicznych miasta. Do komisyi wybrano kol. Biegańskiego, Edwarda Kohna i Wacława Kohna.

II. Kol. Biegański przedstawił 14-letniego chłopca **wzrostu olbrzymiego** (gigantismus). Cała rodzina wzrostu słusznego, młodszy brat szczupły. Wysokość chłopca 170 ctm, waga 206 funtów. Otyłości w ścisłem tego wyrazu znaczeniu — niema. Kości grube. Postać pochylona naprzód, kręgosłup w części grzbietowej wygięty nieco ku tyłowi. Siła mięśniowa niewielka, ociężałość, szybkie nużenie się pod wpływem ruchu. Narządy płciowe rozwinięte prawidłowo, uwłosienie ofite. Rozwój umysłowy odpowiada mniej więcej wiekowi. Rodzice zauważyli sennosć, niechęć do pracy, roztargnienie. Chłopiec skarży się na częste zawroty głowy, silne pragnienie i słaby wzrok. W moczu ślady białka, wałeczki, brak cukru. Kol. Biegański wyłącza akromegalię i rozpoznaje wzrost olbrzymi na tle sprawy chorobowej w przysadce mózgowej.

W dyskusyi twierdzi kol. Rozenfeld, że przypadek ten wymaga dokładniejszego zbadania. Przedewszystkiem brak pomiarów, wykazujących stosunek długości rąk i stóp do długości tułowia. Powtóre trzeba zbadać pole widzenia. Wreszcie rentgenografia dać może cenne wskazówki co do wielkości siodła tureckiego i stanu przysadki mózgowej. W dalszym ciągu kreśli kol. Rozenfeld spółczesny stan nauki o wzroście olbrzymim, mówi o łączności jego z akromegalią i opisuje najważniejsze postacie kliniczne. Na mocy zestawienia kilku objawów uważa przedstawiony przypadek za postać przejściową od wzrostu olbrzymiego do akromegalii. W leczeniu zaleca wyciągi jajnikowe oraz naświetlanie promieniami Röntgena przysadki mózgowej.

III. Kol. Biegański przedstawił chłopca 7-letniego z **kurczowem kręceniem głową** (tic rotatoire). Choroba trwa od lat 6. Z powodu kurczu karmienie było utrudnione, dla unieruchomienia głowy stosowano odpowiedni przyrząd. W ostatnim czasie napady kurczów są rzadsze, zależą od pogody, słabną przy zainteresowaniu się dziecka. Kręcenie głową zależy od skurczu mięśnia skośnego dolnego głowy. W końcu wylicza kol. B. różne postaci kurczów (tic) i opisuje przypadek z własnej praktyki, w którym gwałtownemu kurczowi przedramienia zawsze towarzyszył śpiew kilku zwrotek jednej i tej samej pieśni.

IV. Kol. Wacław Kohn przedstawił hodowle **prątków fosforyzujących** na żelatynie z dodatkiem 3% roztworu soli kuchennej.

V Kol. Stefan Kohn. **O krwotokach macicznych.** Odróżniamy trzy zasadnicze typy krwotoków macicznych: tętnicze, żylne i śluzówkowe. Tętnicze powstają wskutek niedostatecznego skurczu macicy i drobnych tętnic i występują czasowo podczas zwiotczenia macicy po porodzie lub poronieniu, albo też stale przy niedostatecznej ilości i niedokształceniu włókien mięsnych (metritis, infantilismus). Tutaj należą również krwotoki z powodu stwardnienia tętnic macicznych. Najodpowiedniejszym środkiem leczniczym w krwotokach tętniczych jest sporysz. Krwotoki żylne powstają wskutek zastoju żylnego z przyczyn miejscowych (zapalenia przymaciczne i okołomaciczne, tyłozgięcia, zmiany w przydatkach) lub ogólnych (choroby serca, nerek). W leczeniu krwotoków żylnych wskazane są przetwory kotarniny (stypticinum). Krwotoki śluzówkowe spostrzegamy przy wszystkich postaciach zapalenia śluzówki i w porze przekwitania. W tych razach najlepsze wyniki daje wyciąg gorznika kanadyjskiego (hydrastis). Przy jednoczesnej niedokrwistości arszenik; żelazo nie jest właściwe. Często z powodu współistnienia różnych czynników, wywołujących krwotok, łączymy różne środki lekarskie, np. w czasie krwotoku sporysz, przed — styptycynę, w przerwach — wyciąg gorznika. W ostatnim czasie zaczęto stosować z powodzeniem pituitrynę, która zajęła wybitne miejsce w praktyce położniczej. Doskonałe wyniki spostrzegano przy zwiotczeniu macicy. Stosowano ją również przygotowawczo przed cięciem cesarskiem, przy mięśniakach i zmięknieniu kości.

Z powodu spóźnionej pory dyskusyę nad tym odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

Karol Rozenfeld.

---

†
Dr Ferdynand Obtułowicz.

Z grona lekarzy-higienistów polskich ubył pracownik, należący do przodowników w szeregach publicznej służby zdrowia w Galicyi.

Urodzony 1. stycznia 1851 w Żywcu, odbył ś. p. Obtułowicz studya lekarskie i uzyskał doktorat (w r. 1874) w Krakowie. Odbywszy wycieczkę naukową zagranicę, został sekundaryuszem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a pod koniec 1875 r. asystentem kliniki chorób skórnych, gdzie pracował trzy lata przy boku Prof. Rosnera. W październiku 1878 r. wstąpił do rządowej służby sanitarnej: pracował zrazu w powiecie turczańskim, potem w buczackim, a od r. 1901 w powiecie lwowskim.

Obok nadzwyczaj gorliwej pracy na swem urzędowem stanowisku, działał ś. p. Obtułowicz na wielu polach pracy społecznej. Toteż zjednał sobie uznanie władz, poważanie kolegów i wdzięczność szerokich kół społeczeństwa, czego wyrazem było odznaczenie rangą starszego lekarza powiatow. i krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa (1908), obywatelstwo honorowe miast Buczacza i Jazłowca, wybór na prezesa Towarzystwa higienicznego we Lwowie, na wiceprezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich i skarbnika Związku lekarzy rządowych.

Już w czasie studyów rozpoczął działalność naukową i piśmienniczą od rozpraw konkursowych: »Zmiany w chorobach co do ilości i jakości krążków krwi«, »Objawy choroby Brighta według przypadków obserwowanych na klinice lekarskiej«, »O okręceniach pępowiny i ich znaczeniu pod względem sądowo-lekarskim«. Od tego czasu nie ustawał w pracy na tem polu, ogłaszając prawie wyłącznie w »Przeglądzie lek.« szereg przyczynków głównie z zakresu chirurgii, dermatologii, medycyny sądowej i higieny, jakoto o mechanizmie uwięźnięcia przepuklin (1875), o pierzchnicy wypocinowej czerwonej, o leczeniu kiły wstrzykiwaniami sinku i białkanu rtęciowego (1876), przypadki olbrzymiego włókniaka śródkrocza, odcięcia worka przepukliny uległej zapaleniu,

przepukliny przeponowej, rumienia wypocinowego z powtórnym wybuchem osutki, ropnia nerki z wytworzeniem się przetoki nerkowej, bąblicy z przebiegiem złośliwym (1875—1877). W tym czasie ogłosił też badania nad różnicą rowków strangulacyjnych na szyi, powstałych za życia i po śmierci (Dwutyg. medyc. publ. 1877) i uwagi o środkach przeciwkiłowych, używanych do wstrzykiwań podskórnych, prace o leczeniu ostrego wiewióra cewki moczowej, o kiłowych zwężeniach tchawicy i oskrzeli (1878). Już na stanowisku lekarza rządowego w Turce ogłasza spostrzeżenia kazuistyczne (tłuszczak wrodzony znacznych rozmiarów, operowany pomyślnie, zapalenie nerwu wzrokowego wskutek pobicia, ropień wątroby po urazie tępym, brak wrodzony pochwy i macicy i t. p.) oraz rozprawę: »O wpływie chorób gorączkowych zakaźnych na rozwój wsteczny nowotworów« (1883). W dalszej działalności coraz więcej przechodzi na pole sanitarne, epidemiologiczne i sądowo-lekarskie. I tak ogłosił pracę o epidemiach tyfusu wysypkowego w Galicyi (1890, Nowiny lek.), uwagi w sprawie powszechnego szczepienia krowianki (1888), o dyfteryi (1886), o dobroci krowianki krajowej (1895), o surowicy krowiankowej (1896), o znaczeniu wynaczynień podopłucnych (1898 i 1890), o urazach czaszki pod względem sądowo-lekarskim (1890, Zjazd lek. i przyr. polskich), o potrzebie obowiązkowej nauki higieny w szkołach średnich (Przegląd hig. 1905), o sądowo-lekarskiem znaczeniu wybroczyn (1907, Zjazd lek. i przyr. polskich), o potrzebie zmiany przepisów o cmentarzach (1909, Przegląd hig.) i t. p. Do tego doliczając mnogie demonstracye w Towarzystwie lekarskiem za czasów pobytu w Krakowie, liczne sprawozdania z różnych zjazdów i t. p., otrzymamy obraz działalności piśmienniczej pracowitej i pożytecznej.

»Przegląd lekarski« traci w ś. p. Obtułowiczu wieloletniego współpracownika i przyjaciela; za czasów redakcyi ś. p. Blumenstoka był ś. p. Obtułowicz przez 3 lata członkiem, a przez dwa (1877 i 1878) sekretarzem komisyi redakcyjnej »Przeglądu«.

Cześć pamięci zasłużonego lekarza i dobrego obywatela kraju! C.

Konkurs.

Jeden ze współpracowników »Przeglądu lekarskiego« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Listy zdrojowe w zdrojowiskach polskich obejmowały z końcem lipca następującą liczbę osób: Druskieniki 13.560, Ciechocinek 9.154, Krynica 7.012, Truskawiec 3.328, Szczawnica 3.215, Ojców 3.007, Lubień 2.461, Jaremcze 2.403, Rymanów 2.050, Solec 1.021, Żegiestów 796, Delatyn 551. (Nasze Zdroje Nr 17).

— Krakowskie koło Towarzystwa walki z gruźlicą rozpoczęło budowę dyspensatoryum i muzeum przeciwgruźliczego na gruncie, darowanym przez Zarząd miasta, przy ul. Kopernika, w pobliżu klinik i szpitali.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. VII. do 3. VIII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych 1 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej —, płonicy 2 † — (1 † 1), duru brzusznego 2 † 2 (— † —), tężca — † — (— † —), nagm. zapalenia opon mózg. —, czerwonki 13, róży 1 † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Naczelnik powiatu w Kutnie wkroczył przed paru dniami do sali operacyjnej miejscowego szpitala w chwili rozpoczynającej się operacyi i oświadczył lekarzowi szpitala, Dr T., że zakazuje wpuszczać do szpitala Dr Ł. (który bezinteresownie pomagał Dr T. w operacyach), jako »niezatwierdzonego przez władzę«. Dr T., który jest w szpitalu sam jeden (za 150 rb. rocznej płacy!), otrzymawszy potwierdzenie zakazu tego na piśmie, uznał oczywiście dalszą swą pracę w szpitalu za niemożliwą i szpital w Kutnie nie ma obecnie żadnego lekarza. (Medyc. i Kron. lek. 30).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 29. VII. do 5. VIII. 1912 przypadków: ospy — † 1, płonicy 1. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr M. Pordes, lekarz kolejowy w Przemyślu, w 67 r. ż.

Redakcya otrzymała: Karwicka: O tak zwanej bronchiolitis obliterans. Odb. »Gaz. lek.« 1912. — Giełczyński: Über einen Fall von Emphysema pleurale, mediastinale und subcutaneum im Verlaufe einer Bronchopneumonie beim Säugling. Odb. »Wiener klin. Woch.« 1912. — Czyrniański: O odkażającem działaniu urotropiny w moczu. — Br. Sawicki: 1) Wypełnianie jam w kościach płatami mięśniowymi. Odb. »Przegl. chir. i ginek.«. 2) W sprawie kształcenia lekarzy u nas. »Gaz. lek.«. — E. Flatau i Br. Sawicki: O żebrze szyjnem. Odb. »Przegl. chir. i ginek.«.— Chodźko: Wartość rozpoznawcza płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach umysłowych. Odb. »Neurologia polsk.« 1912. — Józef Jaworski: Trauma als Ursache für das Platzen einer Pyosalpinx mit Entleerung in die freie Bauchhöhle hinein. Odb »Gynaek. Runds.« 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LI. Kraków, dnia 17. sierpnia 1912. Nr 33

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom*).

Do połowy XIX w. pod nazwą duru brzusznego pojmowano wszystkie choroby, w których naczelnym objawem było odurzenie — status typhosus. Znalazły się tutaj obok siebie: istotny dur brzuszny, niektóre przypadki zapalenia płuc, ospy, płonicy, posocznicy i t. p.

Później już oględniej stosowano nazwę powyższą do chorób, które nazywano: febris nervosa, maligna, ardens, pestilens, bellica, petechialis. Przedewszystkiem zaś nazwą duru obejmowano dur brzuszny, wysypkowy i powrotny.

Dopiero od czasów Morgagniego stwierdzono, iż w durze brzusznym istnieją pewne swoiste zmiany anatomo-patologiczne w jelitach. Tedy za podstawę do określenia jednostki chorobowej przyjmować poczęto objawy kliniczne i zmiany anatomo-patologiczne.

Nowoczesna era w pojęciach patogenetycznych chorób zakaźnych datuje się od powstania bakteryologii.

Dopiero wykrycie swoistych pasorzytów chorobotwórczych umożliwiło ścisłe i prawidłowe wyodrębnienie poszczególnych postaci chorobowych niezależnie od wspólności objawów klinicznych i bez względu na brak swoistych zmian anatomo-patologicznych, dotychczas uznawanych za jedyny sprawdzian typu chorobowego.

Opierając się na powyższem, usunął Curschmann dur wysypkowy z grupy »tyfusowej« i przeniósł go do grupy ostrych wysypek p. n. Fleckfieber, Petechienfieber; u nas zaś pierwszy Dunin podał myśl zmiany nazwy »duru powrotnego« na nazwę »gorączki powrotnej« (Rückfallfieber u Niemców), gdyż ta ostatnia z durem nic wspólnego nie ma.

Subtelne badania bakteryologiczne wykazały, że do grupy »duru brzusznego« należą 4 postacie chorobowe: istotny typhus abdominalis, paratyphus A, paratyphus B, oraz typhus mandschuricus.

Właściwy dur brzuszny.

W roku 1880 Eberth wykrył lasecznika durowego. Stwierdził to następnie Koch, znajdując go w narządach durowych zwłok. Gaffkyemu zawdzięczamy wyczerpujące studya w sprawie etyologii duru brzusznego, Schottmüllerowi zaś wyodrębnienie pokrewnych durowi postaci, a mianowicie paratyfusów.

Gaffky wykazał, iż w narządach chorych durowych stale jest obecny lasecznik o niezmiennych własnościach, który można wykryć metodami barwnikowemi i hodowlanemi.

Lasecznik durowy należy do gatunku l. okrężnicy (b. coli). Do tegoż gatunku należą oprócz prątka okrężnicy: l. hogcholery, cholery świńskiej; b. enteritidis Gärtneri, b. paratyphi A i B., l. duru mysiego, b. faecium alcaligenes i inne.

Wszystkie powyższe pasorzyty odgrywają poważną rolę w patologii jelit, lasecznik zaś okrężnicy jest stałym ich mieszkańcem.

Dzięki usilnym badaniom powiodło się wyodrębnić poszczególne postacie z powyższej grupy i ustalić dla każdego podgatunku typowe, swoiste i jemu jedynie właściwe cechy biologiczne i patologiczne.

W celu wyodrębnienia l. duru brzusznego używają obecnie w pracowniach podłóż, które, hamując rozwój innych pasorzytów, ułatwiają rozwój l. durowego. Do takich należy w pierwszym rzędzie żółć, oprócz tego pożywki Löfflera, Lentza, zawierające zieleń malachitową; Barsiekowa — rozczyn nutrozy, lakmusu i cukru; Conradiego — agar z zielenią brylantową lub kwasem pikrynowym.

W celu nagromadzenia (Anreicherung) l. durowych podał w ostatnich czasach Gildemeister sposób prosty, praktyczny i bardzo dogodny dla celów klinicznych, nawet w braku pracowni. A mianowicie do 2—3 cm krwi chorego dodaje się 4—6 cm³ przekroplonej, przez gotowanie wyjałowionej wody. Mieszaninę stawia się w ciepłem miejscu (niekoniecznie w cieplarce). Po 1—2 dniach bada się pod drobnowidem w wiszącej kropli. Jeśli w kropli są laseczniki, obdarzone własnym ruchem, to z wszelką pewnością mamy do czynienia z l. durowym. Schottmüller sprawdzał sposób Gildemeistra u siebie w pracowni i potwierdził prawdziwość wyników jego badań. My w kilku przypadkach u siebie badaliśmy według metody G. i w istocie znaleźliśmy laseczniki ruchliwe, a więc durowe. Kol. Wojczyński zaś łaskawie przeprowadził badania na podłożach, lecz nie wykrył l. duru, a jedynie gronkowce, bakterye wodne, laseczniki grube w rodzaju krętków (z wody). Kol.

*) Odczyt, wypowiedziany w Towarzystwie lekarskiem radomskiem w d. 20 kwietnia 1912 r.

Wojczyński otrzymał krew dopiero po 5—6 dniach po kilkakrotnem otwieraniu cylindra.

Lasecznik durowy działa trująco w ustroju przy pomocy endotoksyn, zawartych w protoplazmie jego komórek. Czy wydziela on jad (toksyny) w ustroju, pozostaje do tej pory sprawą sporną. W podłożach w istocie wydziela jady. Doświadczenie jednak wykazało, że toksyny l. durowego, otrzymane z hodowli, co najmniej nie są identyczne z toksynami, jakie l. durowy wydziela w ustroju, o ile je wogóle tam wytwarza. Dowodzą tego próby leczenia chorych durowych surowicami antytoksycznemi. Przez wstrzykiwanie zwierzętom przesączu hodowli durowych otrzymywano surowicę, która u chorych nie dawała pomyślnych wyników. Również pomyślnego wpływu nie było przy stosowaniu surowicy antyendotoksycznej.

Surowica bakteryobójcza u zwierząt, zakażonych l. durowym, dawała pomyślne wyniki, u chorych zaś zawiodła. Ale pamiętać należy, iż u zwierząt, używanych zwykle do doświadczeń, zakażenie durowe przebiega odmiennie, aniżeli u ludzi.

Surowicę antytoksyczną stosował Tavel, surowicę antytoksyczną Chantemesse, surowicę antyendotoksyczną Besredka, Mac Fadyen, surowicę antytoksyczną i antyendotoksyczną Kraus, Stenitzer, Meyer, Aronsohn i Bergell.

Osobiście w jednym przypadku ciężkiego duru z zejściem śmiertelnem stosowałem surowicę Besredki i nie widziałem żadnego wpływu. Nie ośmielam się wydawać sądu na zasadzie jednego przypadku.

Wright proponuje szczepenie ochronne przeciwko durowi brzusznemu przy pomocy zabitych hodowli. Według Wrighta liczba zachorowań i śmiertelności zmniejsza się o połowę. Z 1758 szczepionych i chorych zmarło 8%, z 10980 nie szczepionych i chorych 16,6%. Odporność trwa 2—5 lat.

R. Koch w swych pracach klasycznych wymagał, aby drobnoustrój, pomawiany o wywołanie pewnego typu chorobowego, dowiódł swej swoistości w ustroju zwierzęcia użytego do doświadczenia, t. j. by wywołał tesame objawy, jak dane zakażenie u ludzi.

Udało się to co do duru brzusznego tylko do pewnego stopnia. W r. 1885 Fraenkel i Simmonds wstrzykiwali myszom wewnątrzżylnie, a także do otrzewnej duże ilości czystych hodowli l. durowych. Wywoływali ciężką, zakończoną śmiercią chorobę ze swoistemi zmianami anatomopatologicznemi, a mianowicie: obrzmienie, miejscami zgorzel grudek limfatycznych w jelitach cienkich i okrężnicy, świeże nacieki w gruczołach krezkowych, zwyrodnienie miąższowe wątroby i znaczne obrzmienie śledziony. Badanie drobnowidowe wykazało obecność wielkiej ilości l. durowych, szczególniej w śledzionie. Potwierdzili to Sirotinin, Breyer, Kitasato i Wassermann w 1886 r., jakkolwiek używali do wstrzykiwań hodowli zabitych.

Z powyższego doświadczenia okazało się, iż zwierzęta giną wskutek ciężkiego zatrucia, a nie wskutek zakażenia, gdyż w ich ustroju l. durowy nie rozmnaża się w sposób widoczny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Etyologia, patologia i leczenie gruźlicy narządu słuchowego.

(Wykład na VII. międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym dnia 17 kwietnia 1912 w Rzymie).

Podał

R. Spira.

(Ciąg dalszy).

Nieraz udaje się zaraz w początku spostrzedz na błonie bębenkowej szarożółtawe gruzełki, które szybko rozpadając się, dają powód do powstania mnogich przedziurawień, wiodących przez zlewanie się z sobą do zniszczenia błony bębenkowej. Przebicie błony bowiem następuje tu, nie jak zwykle pod wpływem parcia wysięku od wewnątrz, lecz przez rozpadanie się gruzełków na błonie, czem się też tłómaczy brak bolesności i równoczesne przedziurawienie błony w kilku miejscach.

Skryty początek, wlokący się i bezbolesny przebieg, szybko postępujące przytępienie słuchu, mnogie ubytki w błonie bębenkowej i t. p. są znamiennymi objawami gruźliczej przyrody choroby.

Bóle ucha, nieraz w późniejszym okresie występujące, są prawdopodobnie zależne od zakażenia mieszanego, które może nastąpić bądź to drogą trąbki, bądź też od zewnątrz drogą ubytku w błonie bębenkowej.

Przyczyny znacznego niedosłyszenia w tej chorobie szukać należy z jednej strony we wczesnem zajęciu błony śluzowej w okolicy okienek błędnikowych, z drugiej w rychłem powikłaniu ze strony błędnika.

Czasem występują na błonie śluzowej małe żółte guziczki, które szybko rozpadając się, powodują powierzchowne owrzodzenia na błonie śluzowej. Kiedyindziej błona śluzowa pokrywa się szarym lub szarożółtawym nalotem włóknikowatym, który utrzymuje się dłuższy czas bez zmiany i nie daje się oddzielić, albo też jama bębenkowa wypełnia się masami wiotkich ziarnin, które mogą nabrać postaci guzkowatej.

Dalszy przebieg wymienionych wszystkich postaci zależy głównie od przebiegu gruźlicy ogólnej. W korzystnych warunkach może sprawa przy stosownem leczeniu, po zabiegu operacyjnym lub też bez niego wygoić się z pozostawieniem większego lub mniejszego stopnia upośledzenia słuchu. Przy daleko posuniętej gruźlicy płuc i u chorych fizycznie podupadłych gruźlicza sprawa kości postępuje coraz dalej. Przytem może cały wyrostek sutkowy spróchnieć i zmartwieć bez żadnych zmian zewnętrznych. Albo też ropa przebija się na zewnątrz w różnych miejscach kości i ledwo rana na jednem miejscu zamknęła się, już się otwiera przetoka w innem miejscu kości czaszkowej. Nakoniec następuje zejście śmiertelne wśród szybkiego upadku sił, ogólnego wyczerpania, gorączki, rozpływnych potów, lub wśród objawów powikłania śródczaszkowego, zapalenia opon gruźliczego i t. p.

Jednakże zapalenie gruźlicze opon przy równoczesnej gruźlicy ucha nie zawsze jest koniecznie jej następstwem, jak to wykazuje przypadek Bondyego. Tu wrastała bujająca ziarnina gruźlicza wprost z jamy nosowo-gardłowej do jamy czaszkowej obok przysadki mózgowej, wytworzyły się liczne martwaki i gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

W jednym przezemnie spostrzeganym przypadku przewlekłego ropienia usznego z próchnieniem wyrostka sutkowego u osoby suchotniczej miała nastąpić doszczętna operacya ucha. Chory jednak długi czas nie chciał się zgodzić na zabieg chirurgiczny, a gdy nareszcie później na to się zdecydował, gruźlica ogólna tak już była posunięta, że uważaliśmy wszelką interwencyę chirurgiczną za spóźnioną, a zatem bezcelową. Chory udał się do Wiednia, gdzie w klinice otyatrycznej usunięto znaczną część kości

skroniowej. Po kilku tygodniach, po powrocie do Krakowa zgłosił się chory znów do nas ze stanem ucha wprawdzie popoprawionym, ale z gorszym stanem ogólnym i z przetoką za uchem. Przetoka ta wprawdzie się zamknęła, ale wkrótce utworzyły się inne, ropienie uszne wróciło, na różnych miejscach za i pod uchem otwierały się jedna po drugiej ropiejące przetoki, przez które można było zgłębnikiem dojść nieraz na kilka cm. głęboko do obnażonej kości skroniowej, potylicznej, a nawet do kręgów szyjnych. Wśród ciągłej gorączki i postępującego upadku sił nastąpiła niebawem śmierć z gruźlicy ogólnej.

W większej części przypadków przebieg jest przewlekły, ciągnący się latami, zmienny, zależny od stanu ogólnego ustroju.

W przebiegu gruźlicy ucha zdarza się czasami, że mimo nieznacznych objawów podmiotowych, niewielkich zmian przedmiotowych w uchu środkowem i zupełnego braku wykazalnych zmian chorobowych w błędniku, słuch szybko się pogarsza i badanie słuchu wykazuje czynnościowe zaburzenie narządu ślimakowego. Wobec zupełnego braku objawów zapalnego zajęcia błędnika, braku szumu w uszach, zawrotu głowy, zaburzeń równowagi i t. p. musimy wyłączyć surowicze zapalenie błędnika. Natomiast należy przypuścić, jako przyczynę tego zaburzenia słuchu, zmiany odżywcze nerwowych składników ślimaka w następstwie zatrucia przez wytwory przemiany materyi prątków gruźliczych. Mogłoby jednak również chodzić o zapalenie toksyczne (Wittmaack) lub o sprawy degeneracyjne lub zapalne (Siebenmann) w n. słuchowym.

W jednym przezemnie leczonym przypadku, dotyczącym chorego urzędnika, w sile wieku, pozornie zresztą zupełnie zdrowego, dotkniętego ostrem zapaleniem ucha środkowego, uderzyło mnie zmniejszenie się bystrości słuchu niestosunkowo znaczne, ktore mimo cofnięcia się zmian zapalnych w uchu, skąpej wydzieliny, nieznacznych zmian przedmiotowych i zupełnego braku innych objawów błędnikowych, coraz dalej postępowało. Przy dokładniejszem zbadaniu okazało się, że miałem przed sobą niedosłyszenie pochodzenia błędnikowego. Teraz dopiero po energicznem wypytywaniu się zdołałem się dowiedzieć, że chory dawniej przebył kiłę. Przypuszczając w tem przyczynę choroby błędnika, przekazałem chorego opiece specyalisty chorób skórnych, który go poddał energicznemu leczeniu swoistemu przeciwkiłowemu. Atoli poprawy słuchu nie było żadnej, natomiast pojawiły się wkrótce objawy zajęcia płuc, w celu leczenia których chory udał się do Zakopanego, gdzie po niedługim czasie, jak się dowiedziałem, uległ szybko postępującym suchotom płuc.

Rokowanie jest w tej chorobie wogóle niepomyślne. Skoro jednak zdarzają się i tu przypadki z łagodnym przebiegiem i dobrze się kończące, należy w poszczególnych przypadkach przepowiednię uczynić zależną od stanu ogólnego chorego. W daleko posuniętej gruźlicy płuc nie można się dużo spodziewać po leczeniu choroby usznej. Im większe charłactwo gruźlicze, tem trudniej da się powstrzymać postępujące zniszczenie narządu słuchowego. Należy jednak mieć na względzie, że znane są przypadki, w których odpowiednie leczenie ucha, względnie usunięcie ogniska gruźliczego z kości skroniowej, wywarło korzystny wpływ także na chorobę ogólną, szczególnie na przebieg gruźlicy w innych narządach.

Przypadki, w których mimo suchot wysokiego stopnia po operacyi doszczętnej nastąpiło szybkie wyleczenie ucha, przytoczyli Passow, Bénési i inni.

Przed kilku laty leczyłem chorego, handlowca G., młodego człowieka, dotkniętego gruźlicą płuc i krtani. Do przewlekłego ropienia ucha środkowego przystąpiło ostre zapalenie wyrostka sutkowego. Zabieg chirurgiczny był wskazany. Wbrew zdaniu internisty, ktory ze względu na stan płuc odradzał operacyę, ze względu na dolegliwości podmiotowe, trapiące chorego, zabieg chirurgiczny wykonaliśmy. Wyrostek sutkowy przedstawił się jako jama wypełniona masą serowato-ropiastą. Skutek zabiegu był bardzo dobry. Nietylko wyleczono chorobę uszną, co prawda z pozostawieniem trwałego otworu zausznego, lecz także w stanie ogólnym nastąpiła poprawa, sprawa płucna zatrzymała się i chory żyje dotychczas.

Wogóle jednak, z reguły nie powinno się w daleko posuniętej gruźlicy przystępować do operacyi usznej, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie ciężkie dolegliwości podmiotowe, rozszerzająca się sprawa zapalna, silne bóle w uchu, w głowie i w wyrostku sutkowym lub objawy grożącego powikłania mózgowego wymagają szybkiej interwencyi chirurgicznej.

Pojawienie się porażenia n. twarzowego ma złowrogie znaczenie przepowiednie, gdyż często poprzedza ono na krótki czas zejście śmiertelne.

Gruźlica ucha środkowego może przez jakiś czas przebiegać całkiem skrycie i pojawić się dopiero po przebiciu na zewnątrz przez błonę bębenkową, kiedy już otwarty jest przystęp dla wszelkiego rodzaju zarazków, zapalenie wzniecających. Ale nawet tam, gdzie choroba uszna już się wyraźnie zaznacza, poznanie gruźliczej jej przyrody znaczne może sprawiać trudności. Rozporządzamy wszelako całym szeregiem czynników, trafne rozpoznanie ułatwiających, które dla lepszego przeglądu podzielę na 4 kategorye, a mianowicie: 1) wywiady, 2) przebieg i wyniki badania przedmiotowego, 3) badanie drobnowidowe i 4) badanie biologiczne.

Ad 1). Istniejące lub przebyte sprawy gruźlicze w innych częściach ciała, zserowaciałe gruczoły chłonne, obciążenie dziedziczne, gruźlica u osób spokrewnionych i t. p.

Ad 2). Tak zw. »zimne« powstanie choroby usznej, nagłe pojawienie się wydzieliny z ucha bez objawów zwiastunowych, przebieg wlokący się, bezbolesny, bez gorączki, bez dolegliwości podmiotowych, bez objawów odczynowych ogólnych lub miejscowych, blada lub mało co zaczerwieniona błona bębenkowa, skąpa, rzadka wydzielina z ucha, mnogie przedziurawienia błony bębenkowej, szybki jej rozpad, szybkie zniszczenie kostek słuchowych, wytworzenie się bladych, wiotkich, po usunięciu uporczywie powracających ziarnin, nalot włóknikowaty na wzgórku, rychło powstające i niestosunkowo szybko postępujące przytępienie słuchu, wczesne wystąpienie porażenia twarzy, istniejące obrzmienie gruczołów szyjnych — są to szczegóły, pozwalające rozpoznać gruźlicze zapalenie ucha, i to tem więcej, jeżeli równocześnie istnieje gruźlica innych narządów, jak toczeń w nosie, w gardle, gruźlica płuc, zserowacenie gruczołów chłonnych, wejrzenie zołzowate, więź chłonna (habitus lymphaticus) i t. p. Potwierdzają to rozpoznanie znamienne przetoki kostne, otrętwiałe wrzody kostne z brzegami podminowanymi i dnem serowato rozpadłem.

W trudnych do rozpoznania przypadkach poleca Ferreri wprowadzić pasek gazy, zamoczonej w 10% dermatolglicerynie, głęboko do ucha wprzód dobrze wysuszonego i pozostawić na dobę. Po wyjęciu gazy wewnętrzny jej koniec jest w przypadkach sprawy gruźliczej czarno zabarwiony, żółte zaś zabarwienie gazy wskazuje na sprawę nie swoistej przyrody.

Ad 3). Wykazanie prątków gruźliczych w wydzielinie z ucha ma tylko względne znaczenie rozpoznawcze. Z jednej bowiem strony w przypadkach pewnej nawet gruźlicy ucha wykrycie tych prątków jest bardzo utrudnione i rzadko tylko się udaje. Z drugiej strony prątki te mogą być obecne nawet w zapaleniu ucha nie gruźliczego pochodzenia. Prątki te mogą bowiem dostać się do ucha środkowego z powietrzem bądź to przez trąbkę uszną, bądź też przez ucho zewnętrzne i stanowić przypadkowe tylko zanieczyszczenie wydzieliny niegruźliczej. Natomiast można uważać za pewny dowód gruźlicy wykazanie tkanki gruźliczej, gruzełków w chorobowo zmienionej błonie śluzowej jamy bębenkowej, w wydobytych z ucha ziarninach, polipach, okruchach kostnych i w gruczołach chłonnych, nad wyrostkiem sutkowym się znajdujących.

Zdaniem Ortha, pewną cechę sprawy gruźliczej stanowią znalezione w wysięku z jamy bębenkowej wielkie okrągłe komórki wysiękowe, zwłaszcza jeżeli takie wielkie jednojądrzaste komórki stanowią główny i prawie wyłączny składnik wysięku.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kehr. **O wrzodach dwunastnicy.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 24 i 25). K. na 954 laparotomii spostrzegał 94 razy, t. j. 10%, powikłania w trzustce, a 29 wrzodów. Przeważnie operuje K. wobec rozpoznania kamicy żółciowej. Rozpoznanie, a zwłaszcza odróżnienie od właściwej kamicy bywa nieraz niezmiernie trudne. Często przy wrzodzie dwunastnicy właśnie brakuje rzekomo typowych dlań objawów, t. j. bólu naczczo, okresowości napadów, krwawień i t. p. Ale zwykle objawy zarówno przy wrzodzie dwunastnicy, jak i przy kamicy, są tak dla chorego uciążliwe, że zmuszają jednakowo w obu cierpieniach do operacyi, omyłka w rozpoznaniu nie ma więc większego znaczenia. Pamiętać należy w leczeniu operacyjnem o tem, że w 20—30% bywa kilka wrzodów; zwłaszcza pamiętać o tem powinni zwolennicy wycinania wrzodów. Wrzody nie dające żadnych większych objawów, leczyć należy zachowawczo. Niestety podług Shawa i Perryego prawie $^2/_3$ wrzodów nie daje objawów aż do chwili przedziurawienia. Natomiast należy operować niezwłocznie wrzody dziurawiące. Przy krwotokach należy o ile możności odczekać, by chory przyszedł trochę do sił. K. w przeciwieństwie do przyjętych zapatrywań przy krwawieniach z żołądka, po operacyach i t. p. stosuje zaraz zgłębnik, by zupełnie opróżnić żołądek i widział potem tylko dobre skutki. Wskazaną też jest operacya przy zwężeniach, zapalnych podrażnieniach, częstych krwotokach i t. p. Względnem wskazaniem są ciągłe bóle, objawy zrostów i t. p. Usuwać należy doszczętnie wrzody, sadowiące się na brodawce Vatera. Co do metody operacyi, to zwykle wystarcza połączenie żołądka z jelitem i wyłączenie odźwiernika podług Eiselsberga. K.

Elenber. **Rozpoznanie różniczkowe i powikłania kamicy żółciowej.** (Med. Klinik, 1912, Nr 26). Napad bólu przy kamicy występuje nieraz po raz pierwszy w nocy. Występuje on w postaci kolki i kończy się zupełnie nagle, o ile nie ustępuje pod wpływem narkotyku, bo w takim razie ustaje stopniowo. Nieraz spotyka się przytem podniesienie ciepłoty (nawet do 40°). Najczęściej napad wywołują nie przyczyny mechaniczne, lecz przyczyny natury zapalnej. Najczęściej też w stolcach kamyków nie spotykamy. Żółtaczka występuje także rzadko (10%). Chorzy nie znoszą wogóle tłuszczów, alkoholu, zimnych napojów, mają często wzdęcia, odbijania, nieraz biegunki. Wątroba zwykle w czasie napadu i zaraz po nim jest wybitnie tkliwa i trochę powiększona, a w $^1/_3$ przypadków ulega zmianom także trzustka. Z powikłań wchodzą w grę sprawy zapalne dróg żółciowych, ropnie wątroby i t. p. Jeżeli ze stolcem odejdzie kamień większy od wiśni, to dowodzi to zwykle istnienia przetoki żółciowo-okrężniczej. Kamica wywoływać może następowo marskość wątroby, raka i t. p. W rozpoznaniu chodzi nieraz o rozróżnienie kamicy od wrzodu żołądka lub dwunastnicy ew. zapalenia wyrostka, lub zapalenia części rodnych kobiecych po stronie prawej, a nawet cierpień nerki (ruchomość, kamyki, zapalenie miedniczek w ciąży i t. p.). Pomocne w rozpoznaniu bywa napełnianie kiszki wodą lub rozdymanie jej, bo wtedy guz nerki znika, a pęcherzyk rysuje się wyraźniej. A.

Janssen. **Dyagnostyka różniczkowa gruźlicy dróg moczowych.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 26). Wczesne rozpoznanie gruźlicy nerek rozstrzyga o losie chorego, a jest ono nieraz bardzo trudne. Zwracają tu uwagę w pierwszym rzędzie krwotoki, dalej przypadłości pęcherzowe nieraz przy moczu jasnym i kwaśnym. Mocz pozostaje i nadal kwaśnym w naczyniu, co odróżnia go od moczu nieżytowego. Nieraz w początkach gruźlicy zjawia się obfite oddawanie moczu zupełnie jasnego. Rozstrzyga sprawę oczywiście cystoskop, względnie badanie bakteryologiczne. Obecne sposoby dozwalają przekonać się zapomocą doświadczenia na zwierzęciu rychło, czy chodzi o gruźlicę, czy nie. Pomaga nam też w rozpoznaniu leczenie. W zwykłym nieżycie pęcherza nastaje poprawa przy leczeniu miejscowem, co przy gruźlicy zwykle nie następuje. Obraz cystoskopowy zwykle jest także cechujący (bliznowate zaciągnięcia, owrzodzenia koło moczowodów, gruzełki i t. p.). Także tuberkulina oddaje tu cenne usługi rozpoznawcze, a nawet lecznicze. Najracyonalniejszem leczeniem jest wczesne usunięcie nerki, które uzasadnione jest tam, gdzie jeszcze druga nerka nie jest zajęta. A.

Bachrach. **Śródpęcherzowe piorunowanie i przypalanie nowotworów.** (Tow. lek. wied. Kwiecień 1912). Przyrząd, do tego celu podany, pochodzi z Nowego Jorku. Ma on kształt cewnika. Z pomocą cystoskopu wprowadza się go do pęcherza, pod kontrolą oka wbija się go w guz i przez 15—20 sekund przepuszcza prąd. Piorunowanie powtarza się póty, póki jeszcze jest widoczna tkanka nowotworowa, poczem piorunuje się jeszcze podstawę guza. Zwykle potrzeba na to 5—6 posiedzeń. Chory odczuwa zaraz ból, gdy dojdzie się do tkanki zdrowej. Po zabiegu pozostaje promienista blizna. Leczenie to nie nadaje się oczywiście do zbyt rozległych nowotworów. Cenne usługi oddaje ono przy nawrotach, zwłaszcza w okolicy ujścia moczowodów. A.

VIII. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 1. stycznia do dnia 31. grudnia 1911 r. (włącznie)

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski, dyrektor Zakładu. Dr Stefan Rudzki, I. asystent.

Cała liczba chorych w 1911 r. wynosiła 435. Według poszczególnych narodowości skład chorych był następujący: Polaków 359, Rosyan 51, Rusinów 12, Niemców 4, Czechów 3, Węgrów 2, Bułgarów 2, Francuzów 1, Słowaków 1. Cyfry powyższe uwidocznione są w tablicy I, obejmującej całą liczbę chorych w Zakładzie w ciągu 1911 r.; do tablicy II zaś, zawierającej wyniki lecznicze, wchodzi tylko 376 chorych, wyłączeni zaś są ci chorzy, których czas leczenia nie wynosił przyjętego przez nas minimum czyli 30 dni. Tym sposobem z ogólnej liczby 435 odpada 59 chorych. Zaznaczyć na wstępie należy, iż w liczbie 376 chorych, stanowiących przedmiot lekarskiego sprawozdania, znajduje się: 56 chorych, którzy odbyli drugi kurs leczenia; 14 chorych — trzeci kurs leczenia; 7 chorych — czwarty kurs, wreszcie 2 chorzy leczyli się po raz piąty w Zakładzie.

Co się tyczy metody leczniczej, to stosujemy od 1907 roku obok metody higieniczno-dyetetycznej, tuberkulinę Beranecka (TBk), której wyniki przed paru laty ogłosiliśmy drukiem (»Przegl. lek.« 1910, Nr 23, »O stosowaniu tuberkuliny Beranecka« przez K. Dłuskiego). Na razie wstrzymujemy się od wypowiedzenia jakiegoś bardziej ścisłego sądu głównie z tego względu, że leczenie swoiste różnymi przetworami tuberkulinowymi wogóle nie da się dziś oprzeć na mocnych naukowych zasadach i, zdaniem naszem, cała ta sprawa jest mocno zawiła. Co się zaś tyczy naszego własnego materyału, możemy powtórzyć wypowie-

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1911 do 31. grudnia 1911 (włącznie).

Narodowość	Liczba	Płeć		Pochodzenie	Liczba	Ilość dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	
Polacy	359	205 mężczyzn	230 kobiet	Galicya	144	9956	1—10	5	Średnia pobytu jednego chorego 78·8
Rosyanie	51			Litwa			11—20	72	
Rusini	12			Podole	125	11846	21—30	180	
Niemcy	4			Ukraina			31—40	108	
Czesi	3			Rosya			41—50	49	
Węgrzy	2			Królestwo	104	7380	51—60	18	
Bułgarzy	2			Warszawa	50	4457	>60	3	
Francuzi	1			Księstwo Pozn. i Prusy Zach.	9	462			
Słowacy	1			Inne kraje: (Włochy Węgry Morawy)	3	211			
Razem	435	435		Razem	435	34312		435	

TABLICA II.

Wyniki leczenia chorych za czas od 1. stycznia 1911 do 31. grudnia 1911 (włącznie).

Płeć		Wiek lata	Wiek osób	Obciążenie dziedziczne rodzaj *)	Obciążenie dziedziczne osób	Gorączka	Prątki Kocha	Waga obliczona na 100 dni		Okresy	Poprawa znaczna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
168 mężczyzn	208 kobiet	0—10	6	o¹	99	przyjechało z gorączką osób 256	przyjechało z tbc osób 160	312 przybrało po 5·7 kg.	ogólna liczba dni leczenia 33248						
		11—20	71	o²	13	utraciło gorączkę osób 99	utraciło tbc osób 27	39 straciło po 2 kg.	średnia na 1 chorego 88·4	I. 186 49·5%	95	76	14	1	—
		21—30	163	o	98			8 bez zmiany							
		31—40	86	bez	166			17 nieznana							
		41—50	34							II. 122 32·4%	71	31	12	7	1
		51—60	14												
		>60	2							III. 68 18·1%	19	32	9	6	2
razem 376		razem 376		razem 376		% utraty gorączki 38·6%	% utraty tbc 17·5%	przybytek u 82·9% ogółu		razem 376	185 49·2%	139 37%	35 9·3%	14 3·7%	3 0·8%

*) o¹ oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

dzianą już w poprzednich sprawozdaniach opinię, że TBk daje wyniki kazuistyczne, a mianowicie czasem pomyślne u ciężko chorych i znów nie daje żadnych wyników tam, gdzie od środka swoistego można było z wszelkiem prawdopodobieństwem spodziewać się dodatniego wpływu na ustrój chorego. W każdym razie będziemy oczekiwać nagromadzenia obfitszego niż dotąd materyału, aby wytworzyć sobie zdanie o leczniczej roli TBk, na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych, oraz módz, z ewentualnem nawet pominięciem teoretycznych rozważań o uodpornieniu czynnem lub biernem, zdać sobie sprawę z działania tego środka na przebieg sprawy gruźliczej. Zaznaczyć jednak należy, że dopóki leczenie swoiste gruźlicy nie zostanie oparte na trwałych podstawach teoretycznych i klinicznych, uważamy TBk na równi z innymi licznymi przetworami swoistymi, za środek t y l k o pomocniczy, punktu zaś ciężkości będziemy zawsze szukać w metodzie Brehmera-Dettweilera, która, w porę stosowana i umiejętnie przeprowadzana, dawała, daje i dawać będzie w każdym razie dodatnie wyniki, mając zaś za sobą dobrze zasłużoną tradycyę już od lat kilkudziesięciu, uzyskała niezaprzeczone prawo obywatelstwa. Naturalnie, najlepsze wyniki dają przypadki we wczesnych okresach gruźlicy, które należy dokładnie rozpoznać. W tym celu posługujemy się nietylko znanemi metodami badania fizycznego, lecz już od paru lat stosujemy w Sanatoryum na szeroką skalę Röntgena, a także używamy próby tuberkulinowej w postaci maści Moro. Obfity materyał, dotyczący 500 chorych, zużytkowany został w pracy naszej, która w najbliższym czasie ukaże się w druku.

Co do samej metody higieniczno-dyetetycznej, jest to rzecz znana nietylko lekarzom, lecz popularna w szerokich kołach laików, nie potrzebuje więc szerszego omówienia. Pozwolimy sobie tylko przypomnieć niektóre główne jej szczegóły, oparte na 3 zasadniczych postulatach: stałe używanie świeżego powietrza, odpowiednie odżywianie, oraz spokój fizyczny i psychiczny. Szczegóły zaś te stanowią wytyczne punkty dla leczenia sanatoryjnego. Zgodnie

z pierwszym postulatem, chorzy spędzają obowiązkowo 6 godzin dziennie na werandach, a poza tem wielu z nich weranduje i w godzinach wieczornych, zimą i latem, zależnie od stanu pogody. Dalej, chorzy mający ciepłotę prawidłową, spędzają średnio 2—3 godzin, w różnych odstępach czasu, na spacerach w parku zakładowym lub poza jego granicami, zaczynając od spacerów bardzo krótkich, dopóki nie zostanie stwierdzone przez lekarzy, iż ruch nie wpływa ujemnie na ciepłotę, która u gruźliczych — jak wiadomo — bywa bardzo często w stanie niestałej równowagi. Ale niezależnie od spacerów, chorzy własnym instynktem kierowani, dążą stale do świeżego powietrza i zamiast pozostawania w pokojach — poza godzinami śniadań, obiadu i kolacyi — siedzą na ławkach, umieszczonych w wielkiej liczbie tuż przy zakładzie lub w różnych punktach parku. Nadto, przyzwyczajamy chorych do spania przy otwartych oknach lub górnych szybach, przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności, stosownie do stanu pogody, i z przyjemnością stwierdzić możemy, że nawet ciężko chorzy w krótkim czasie nabierają dobrego przyzwyczajenia, które pozwala im oddychać świeżem powietrzem nietylko dniem, lecz i nocą. Tym sposobem oddychanie świeżem powietrzem staje się istotnie stałem; płuca w porozumieniu ze zdrową radą lekarską, przełamują panującą rutynę, która głosi, że w nocy okna powinny być szczelnie zamknięte, gdyż »inaczej można się zaziębić«; praktyka zaś wykazuje, że płuca, o które właśnie chodzi, nietylko nic na tem nie tracą, lecz przeciwnie dużo zyskują. Doświadczenie poucza ponadto, że nietylko płuca, lecz ustrój cały się hartuje i istotnie staje się odpornym na zaziębienie i na wszelkie zmiany pogody, przyzwyczajając się do bardzo nizkiej względnie ciepłoty. To zaś odpowiada zadaniom leczenia, mającego na widoku nietylko poprawę zdrowia chorego w czasie pobytu w Sanatoryum, lecz i zabezpieczenie przez odpowiednie zahartowanie ustroju od szkodliwych wpływów w dalszem jego życiu.

Ponieważ mowa o hartowaniu chorego, powinniśmy wspomnieć, iż do tego celu służą używane powszechnie w sanatoryach zabiegi lecznicze, a mianowicie: nacierania całego ciała wodą z wyskokiem, a następnie czystą, u silniejszych zaś chorych natryski, trwające 20—30 sekund, przy stopniowo obniżającej się ciepłocie 35° do 10° C. Nacierania stosowaliśmy w 1911 r. u 361 na 376 chorych, natryski zaś u 60*).

Przechodząc do drugiego punktu, do odżywiania, powiemy w kilku słowach tylko, że chorzy mają 5 posiłków dziennie (pierwsze i drugie śniadanie, obiad, podwieczorek i wieczerzę), że kuchnia obfita i zdrowa, o czem świadczy przyrost wagi u 80·3% chorych (średnio 5·7 kg. na osobę obliczono na 100 dni), że oprócz tych posiłków, wypijają chorzy średnio $1^1/_2$ litra mleka dziennie. — Zauważyć nadto powinniśmy, że zaburzenia w trawieniu, tak często w gruźlicy się zdarzające, zostają przez lekarzy zakładowych skrupulatnie uwzględniane przez stosowanie odpowiedniej dyety. Z drugiej znów strony zaznaczyć możemy, że zaburzenia, przy odpowiedniej dyecie, często mijają względnie dość szybko i przytem bez żadnych specyalnych leków, lecz dzięki dodatniemu wpływowi wysokogórskiego klimatu na całą przemianę materyi, a więc i na czynności narządu trawienia, co niejednokrotnie już stwierdzili lekarze, praktykujący w sanatoryach wysokogórskich.

Wreszcie dotykamy bardzo ważnego punktu, a mianowicie spokoju psychicznego u chorego. Tu rola lekarza jest najtrudniejszą i najwdzięczniejszą zarazem. Jeśli sumienne badanie całego stanu chorobowego daje nam klucz do zrozumienia powikłanych spraw biologicznych, jeśli ciągła kontrola różnych objawów choroby (a tych w gruźlicy aż nadto dużo) pozwala nam zoryentować się w wielce niejasnym niejednokrotnie jej przebiegu, to znów z drugiej strony wniknięcie głębsze w psychiczny świat chorego daje nam do rąk potężny oręż, zapomocą którego panujemy nad jego równowagą duchową, tak ważną, tak konieczną — rzec możemy — dla prawidłowego biegu leczenia, a co za tem idzie, dla otrzymania pomyślnych stąd wyników. Na ten wpływ psychiczny lekarza kładziemy wielki nacisk, ze względu właśnie na wybitny charakter gruźlicy i leczenia jej zapomocą metody higieniczno-dyetetycznej. Dziecinnem byłoby rozprawiać nad tem, jaką rolę odgrywa osoba lekarza u łoża chorego, dość wspomnieć pamiętne słowa Nothnagla: »Dobrym lekarzem może być tylko dobry człowiek«. Ale jeśli to zadanie jest łatwem niejednokrotnie dla dobrego człowieka-lekarza w chorobach o przebiegu ostrym, gdzie po stanach ciężkich w krótkim względnie czasie może nastąpić polepszenie i lekarz staje się zbawcą, wyrocznią, jednem słowem wszystkiem, — to w leczeniu gruźlicy zadanie to staje się stokroć mozolniejszem i cięższem. Już przez to samo, że leczenie musi trwać całe miesiące, jest ono dla chorego nudne i wyczerpuje jego energię i cierpliwość, i w równym stopniu wymaga dużych zapasów energii i cierpliwości ze strony lekarza, aby mógł panować nad depresyą chorego. Ale co ważniejsza, to wybitnie nieprawidłowy i tem samem tak bardzo charakterystyczny dla gruźlicy przebieg sprawy chorobowej, podlegającej przelicznym wahaniom ciepłoty, zboczeniom od linii prostej, powikłaniom ze strony różnych narządów i t. d., co nietylko wytrąca chorego z równowagi, ale pogrąża go niejednokrotnie niemal w stan rozpaczy, tem łatwiejszy do zrozumienia, że przez te długie miesiące leczenia chory odłączony jest od bliskiego i drogiego mu otoczenia, oderwany od swych zajęć i prawidłowego biegu życia. Ma więc wzrok przykuty do swej choroby, kręci się w zaczarowanem kole smętnych rozmyślań i ciężkiej walki duchowej. I tu właśnie leży »punctum saliens« psychicznego wpływu lekarza na udręczonego własnemi myślami pacyenta, tu jego wielce trudna, lecz zarazem bardzo wdzięczna rola.

Niech nam będzie wybaczonem, jeśliśmy się dłużej nad tą stroną leczenia, nad tą psychoterapią zatrzymali, ale zrozumieją nas ci, którzy mieli długie lata do czynienia z chorymi w sanatoryach i z dnia na dzień żyli z nimi wspólnem życiem.

Przechodzimy do szczegółowego rozpatrzenia wyników leczniczych. Dla ułatwienia ich oceny dzielimy jak dawniej chorych na 3 okresy wedle starej klasyfikacyi Turbana. Chociaż uznajemy wszelkie jej braki, ze względu na powikłane sprawy biologiczne zachodzące w gruźlicy, a nie dające się zamknąć w ramach zmian jedynie anatomicznych, jednak schemat taki stanowi poniekąd udogodnienie dla zoryentowania się i w tym też celu posługujemy się nim. W sprawie wyników wyłącznie dodatnich nadmieniamy, iż z rozmysłem unikamy terminu »wyleczenie«, o którem w braku jak na dziś określonego kryteryum, może rozstrzygać tylko czas, co też w zupełności potwierdza zestawienie wielkich statystyk z sanatoryów ludowych niemieckich, dotyczących dodatnich wyników przy wyjściu z zakładu (Entlassungserfolge), oraz trwałych wyników, w 4—5 lat potem (Dauererfolge). Posługujemy się

*) Uwaga. W sprawie stosowania leków wewnętrznych w gruźlicy płuc zajmujemy stanowisko, które już zaznaczaliśmy w poprzednich sprawozdaniach: nie uznajemy mianowicie żadnych leków swoistych przeciwgruźliczych, stosujemy zaś tylko lekarstwa objawowe, jako to przeciwgorączkowe, wykrztuśne, wzmacniające itp. Ze środków przeciwgorączkowych podawaliśmy naszym chorym, pyramidon, aspirynę, fenacetynę, kryogeninę, laktofeninę, elbon i inne. Dla podniesienia działalności całego ustroju, zwłaszcza w przypadkach niedokrwistości, stosowaliśmy różne przetwory żelaziste, fosforowe, i arsenowe, te ostatnie najchętniej w postaci wstrzykiwań podskórnych.

Z zabiegów zewnętrznych częste zastosowanie w odpowiednich przypadkach znajdowały suche bańki, opaski wysychające, naświetlania, elektryzacya itd.

stałe terminami: względna poprawa, rozumiejąc przez nią polepszenie głównie stanu ogólnego, i znaczna poprawa, gdy jednocześnie stwierdzamy widoczne polepszenie w płucach. W 1911 r. wyników dodatnich (patrz Tab. II), mamy 86·2% przy najmniejszym od otwarcia zakładu odsetku śmiertelności, wynoszącym tylko 0·8%, zaznaczając, iż wyższą cyfrę dodatnich wyników od czasu istnienia Sanatoryum mieliśmy tylko raz jeden, a to 89·7% w 1908 r.

Rozpatrując w porządku chronologicznym trzy pierwsze pozycye w Tabl. II, możemy tylko stwierdzić co do płci powtarzającą się już od szeregu lat pewną przewagę kobiet nad mężczyznami, co też już dawniej uzasadnialiśmy. Co się zaś tyczy obciążenia dziedzicznego, wynoszącego 56% ogółu chorych w 1911 r., mamy obecnie cyfrę średnią w zestawieniu z poprzedniemi sprawozdaniami, gdyż waha się ona zwykle w granicach od 50% do 60%. Zresztą, jak to już niejednokrotnie dawniej zaznaczaliśmy, obciążenie dziedziczne niema wpływu na dodatnie wyniki, sprawozdanie zaś za 1909 r. wykazuje, że przy 63% obciążenia dziedzicznego mieliśmy 86% wyników dodatnich, a więc również tyle, ile w 1911 r. przy 56%.

W sprawie wieku chorych widzimy pewną prawidłowość, uzasadnioną prawami biologicznemi i społecznemi, a mianowicie największa liczba chorych przypada na okresy lat od 21—30 i od 31 do 40, stanowiąc w 1911 r. 66% ogółu chorych.

Liczba ta waha się u nas w granicach od 65% do 75%, i tylko w 1908 r. wynosiła 85% ogółu.

Rozpatrując dalsze szczegóły, zawarte w Tabl. II, zatrzymujemy się chwilę nad dwoma ważnymi objawami w przebiegu leczenia gruźlicy, a mianowicie: ustępowanie gorączki i znikanie laseczników Kocha z plwociny. Gorączka w 1911 r. znikła u 38·6% chorych, stanowiąc cyfrę wyższą niż w 1910 i 1905 r., ale niższą niż w inne poprzednie lata. Cyfra ta napozór wydawałaby się paradoksalną, skoro zważymy, że właśnie w 1911 r. mieliśmy 49·5% chorych w I okresie Turbana i tylko 18·1% w III okr., czyli najwięcej w I okresie i najmniej w III w porównaniu z innemi latami. Ale paradoks ten da się usprawiedliwić podanym już powyżej ważnym argumentem, że rozległość zmian anatomicznych nie stanowi jeszcze o odporności biologicznej ustroju, a powtóre i tą okolicznością, że już od paru lat kontyngens trzeciego okresu stanowią chorzy, którychby można śmiało zaliczyć do czwartego lub piątego, gdyby takie istniały w przyjętych dziś klasyfikacyach. Są to chorzy, którzy zwiedzili różne stacye klimatyczne europejskie i z własnej inicyatywy lub też za poradą innych osób, przyjeżdżają próbować jeszcze leczenia... w wysokogórskim klimacie, jako w ostatniej, wedle ich mniemania, ucieczce.

Co się tyczy znikania laseczników Kocha, to zdanie nasze może wydać się dziwacznem, ale nie przypisujemy znikaniu temu doniosłego praktycznego znaczenia. Zapewne, zniknięcie laseczników jest niewzruszonym probierzem wyleczenia się, ale trzeba wykazać, że lasecznik znikły istotnie nietylko na całe miesiące, ale na lata — że znikły na zawsze. I właśnie przy częstych badaniach plwocin w Sanatoryum widzimy, że sprawa ta wydaje się bardzo zawiłą, gdyż znikanie laseczników podlega ogromnym wahaniom, a zdarza się i tak, że u chorych, którzy przy dobrym stanie ogólnym i płuc przyjeżdżają dla tak zwanego doleczania (»Nachkur«) w lat kilka po opuszczeniu Zakładu nieraz w sposób zgoła nieoczekiwany, pojawiają się lasczniki w ich plwocinie. Słusznie też Niemcy z naciskiem podkreślają różnicę między »Tuberkulose-infektion« i »Tuberkulose-erkrankung«, rozumiejąc, że w pierwszym przypadku osobnik może być całkowicie zdolnym do pracy, a pomimo to posiadać w swym ustroju ukryte ogniska, zawierające żywe lub martwe laseczniki, wydostające się przy odpowiednich okolicznościach nazewnątrz ustroju.

W 1911 r. laseczniki znikły u 17·5% i tylko w latach 1905 i 1908 mamy cyfry wyższe (23% i 18%); natomiast w 1906 i 1907 r. mamy cyfrę bardzo nizką, bo 9·2%. Cyfry te nie mają bezpośredniego związku z wynikami leczniczymi. Gdy zaś czytamy sprawozdania z różnych sanatoryów europejskich, które przy dodatnich, jak u nas wynikach, okrągło 80—90%, wykazują znikanie laseczników u 30%, a nawet 40% chorych, nie możemy się oprzeć uczuciu zdziwienia na widok tak ponętnych liczb!

Przechodzimy z kolei do dwóch ważnych powikłań w przebiegu leczenia: krwioplucia i krwotoków, oraz gruźlicy krtani. W sprawie tej zdania lekarzy są podzielone; jedni twierdzą, iż klimat wysokogórski w obu przypadkach jest szkodliwy, drudzy naodwrót. W dłuższe rozważania wdawać się nie będziemy, gdyż w poprzednich sprawozdaniach szeroko sprawa ta była omówioną i w opinii lekarzy, praktykujących w wysokogórskim klimacie, a opartej na faktach i cyfrach, dawno już na korzyść jego została rozstrzygniętą.

Rzućmy okiem na nasze cyfry. Krwioplucia i krwotoki przed przyjazdem do Sanatoryum zdarzyły się u 183 chorych, czyli u 48·7% ogółu, powtórzyły się u 42 chorych na 183 (23%), pokazały się poraz pierwszy w Sanatoryum u 4 chorych, czyli okrągło 1%. Cyfry mówią same za siebie i nie potrzebują komentarzy*).

Co się tyczy gruźlicy krtani, stwierdziliśmy ją u 33 chorych (okrągło 9%), a w tej liczbie 16 lekkich przypadków, 9 średnio ciężkich i 8 ciężkich, z głębokiemi zmianami i owrzodzeniami poszczególnych części krtani. Otóż, w jednym tylko przypadku użyto rękoczynu chirurgicznego, u reszty zaś stosowaliśmy wziewania, zasypywania proszkami, zalewania lub pędzlowania zwykłymi środkami odkażającymi (mentol, ortoform etc.) i otrzymaliśmy względnie bardzo zadowalniające wyniki: w 7 przypadkach znaczną poprawę, w 14 względną, czyli razem 64% dodatnich wyników, wreszcie 12 bez zmiany.

Z kolei należy wspomnieć o innych powikłaniach, związanych bezpośrednio lub pośrednio z główną sprawą chorobową. Do tych zaliczamy: 13 nephritis tuberculosa (10 bez zmiany, 3 pogorszenie), 6 enteritis tub. (5 bez zmiany, 1 pogorszenie), 3 peritonitis tub. (2 bez zmiany, 1 wyleczenie), 2 fistula ani (2 wyleczenia po operacyi), 2 osteo-periostitis tub. (1 bez zmiany, 1 poprawa), 2 epididy-

*) Uwaga. Cyfry te zgadzają się ze statystykami innych sanatoryów wysokogórskich, jak to wykazał na Zjeździe krakowskim w 1910 jeden z nas dwóch (Dr Stefan Rudzki), którego obszerna monografia o krwiopluciach w klimacie wysokogórskim ukaże się wkrótce w druku.

mitis tub. (1 bez zmiany, 1 poprawa), 1 polyarthritis Poncet (bez zmiany), 1 glossitis tub. z głębokiemi i licznemi owrzodzeniami (znaczna poprawa), 1 tuberculosis cutis (poprawa), 1 tuberculosis miliaris (śmierć), 1 pneumothorax naturalis (poprawa), 1 perityphlitis tub. (bez zmiany), 1 diabetes mellitus (bez zmiany).

Wreszcie wspominamy o spostrzeżeniach naszych, zapisywanych już od początku w pierwszych sprawozdaniach, a dotyczących specyalnego usadowienia się głównych ognisk gruźliczych: w lewem płucu z przodu w II i III międzyżebrzu, w prawem z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i charakterystycznych z tego względu, iż pojawiają się przed sprawą szczytową lub nawet bez niej, jako ogniska autonomiczne, odznaczają się większą od szczytowych ognisk uporczywością i mniejszą od nich skłonnością do poprawy, natomiast względnie większą skłonnością do rozpadu. Wyjaśnienie tego zjawiska jest trudne, zdaje się jednak, iż rentgenoskopia rzuca tu pewne światło, wskazując, że gruźlica płuc może brać swój początek u wnęki płuc. Być więc może, że takie ognisko »wnękowe«, jako dawniejsze*) w chronologicznym porządku, posiada mianowicie z tego tytułu podane wyżej cechy i jeśli sprawa nie rozszerza się ku szczytom, to przyjmuje kierunek poprzeczny ku przodowi lub tyłowi, co właśnie topograficznie odpowiada II i III międzyżebrzu z przodu i od grzebienia do połowy łopatki z tyłu. Dlaczego jednak przednie ognisko znajduje się w lewem, a tylne w prawem płucu, na to odpowiedzi nie mamy i pragnęlibyśmy ją otrzymać od anatomo-patologów. Ogniska takie spotykaliśmy u 52 chorych w prawem płucu z tyłu i u 4 w lewem z przodu, razem u 56, czyli 14·9% ogółu.

Mówiąc o różnych powikłaniach, wspomnimy jeszcze o suchem zapaleniu opłucnej, które będąc zjawiskiem, jak wiadomo, częstem w przebiegu gruźlicy płuc, w naszych spostrzeżeniach ma pewne specyalne cechy, a mianowicie: pojawianie się nawet w płucu zdrowem, ogromną zmienność i niestałość objawów, jak ból i tarcie (to tarcie znika nietylko w ciągu godzin, ale nawet minut), brak harmonii między niemi, niewielką zwykle powierzchnię kilku centymetrów kwadratowych, szybką zmianę miejsca, niezależność od głównego ogniska choroby (np. przy sprawie szczytowej, nawet daleko posuniętej; objawy takiego suchego zapalenia opłucnej znajdują się często w dole pachy lub na dole i na zewnątrz sutka i to przy wypuku i oddechu prawidłowym.). Z tego powodu nazywamy tę formę: »pleuritis sicca volans«. — W obecnem sprawozdaniu znajdujemy ją u 57 chorych, czyli 15% ogółu.

Podane wyżej fakty i cyfry są dostateczną ilustracyą stałego i nieprzerwanego rozwoju Zakładu, do którego przyczynia się w pierwszym rzędzie życzliwość lekarzy polskich, a następnie zdobyte, dzięki pomyślnym wynikom leczniczym, zaufanie wśród szerokich warstw naszego społeczeństwa. Jeśli zestawimy ogólną liczbę dni leczenia w 1910 r. wynoszącą 30.940, z liczbą 34.312 (patrz tabl. I.) w 1911 r., to wzrost frekwencyi w ostatnim roku wpada w oczy. Będzie ona jeszcze bardziej uwidoczniona, jeśli przypomnimy, że w I. sprawozdaniu, obejmującem okres czasu, nie 12, lecz 18 miesięcy (10. XI. 1902 do 30. IV. 1904), mieliśmy tylko 25520 dni leczenia. Z zestawienia tych cyfr wypada, iż od 1903/4 do 1911 frekwencya zwiększyła się prawie o 100%. Jest to wynik tak świetny, że o lepszym myśleć trudno. Można tylko pragnąc utrzymać się na tym poziomie. W tym kierunku będą podążały usiłowania grona ludzi, mającego pieczę nad całokształtem spraw, związanych ze zdrowiem i losem chorych, a tem samem z przyszłością Zakładu, dla ratowania zdrowia przeznaczonego.

*) Uwaga. Należy tu wspomnieć o badaniach Corneta, dotyczących ognisk gruźliczych w płucach u tego samego osobnika, a wykazujących różne co do czasu pochodzenie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LI. Kraków, dnia 24. sierpnia 1912. Nr 34

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Przytoczę tutaj ciekawe badania Gála z instytutu bakteryologicznego w Peszcie. Gál, zgodnie z badaniami Asłanowa i Miecznikowa, stwierdził, iż różne drobnoustroje potęgują jadowitość l. durowego; szczególniejszą zaś właściwością pod tym względem odznacza się grzybek »torula rosea«, gatunek drożdży.

Wstrzykując królikom mieszaninę hodowli l. durowego z torula rosea, Gál wywoływał śmiertelne zakażenia. Pośmiertne badanie wykazało: przekrwienie jelita czczego, obrzmienie i owrzodzenia kęp Peyera, obrzmienie gruczołów krezkowych i śledziony. Z różnych narządów można było wyhodować l. durowe. Surowica tych zwierząt zlepiała l. durowe w stosunku 1:20. U zwierząt kontrolnych, zakażonych wyłącznie przez l. durowy, zmian anatomo-patologicznych nie wykryto. Bardzo jest prawdopodobne, pisze Gál, że i u człowieka w durze istnieje podobna symbioza, gdyż drożdże można znaleźć w obfitości w kale durowych, gdy u zdrowych ich brak. Stąd Gál wnosi, że obecność wielkiej ilości grzybków drożdżowych w jelitach ludzkich stwarza pewne usposobienie do zapadnięcia na dur brzuszny.

Zachodzi pytanie, w jaki sposób powstaje podobne usposobienie? W doświadczeniach swoich Gál nie mógł stwierdzić, by drożdże bezpośrednio potęgowały jadowitość l. durowego. Dalsze badania naprowadziły go na myśl, że spotęgowanie jadowitości następuje pod wpływem innych czynników, a mianowicie przez pośrednictwo l. okrężnicy, albowiem l. okrężnicy pod wpływem drożdży silniej się rozmnaża i wytwarza w wielkich ilościach antytrypsynę, która niszczy zabójczy wpływ trypsyny na l. durowego w ustroju ludzkim. Gál próbował leczyć króliki, zakażone durem, trypsyną i stale je mógł uchronić od pewnej śmierci z duru. Badania ciekawe i warte sprawdzenia!

Przy dzisiejszym jednak stanie naszej wiedzy dowody, żądane przez Kocha, są zbyteczne. Zakażenie bowiem wywołuje we krwi człowieka, jako też i zwierzęcia użytego do doświadczenia pewne zmiany, które niewątpliwie przemawiają za swoistością chorobotwórczego pasorzyta.

Do nich należą:

1) Zlepianie się laseczników (aglutynacya).

Wiadomo, iż krew ludzka posiada silne własności bakteryobójcze względem l. durowych z jednej strony, z drugiej zaś własności zlepiające.

Zjawisko powyższe polega na tem, iż laseczniki, ulegające zlepianiu, tracą początkowo dowolne ruchy, a następnie skupiają się w grudki. Surowica uodpornionych ludzi, którzy przeszli dur brzuszny, lub też zwierząt szczepionych l. durowym, posiada te własności w wysokim stopniu.

Pomiędzy surowicą zdrowych a uodpornionych zachodzi różnica ilościowa. Druga zlepia l. durowe nawet w bardzo silnych rozcieńczeniach 1:5000, pierwsza zaś najwyżej 1:80. Mianem surowicy (Titer) nazywamy to najsilniejsze rozcieńczenie, które jeszcze zdoła wywołać zlepienie. Im dłużej i ciężej przebiega zakażenie w danym ustroju, tem wyższem jest miano surowicy. W niektórych przypadkach jednak ilość aglutynin nie odpowiada ciężkości przebiegu. Stwierdzono, iż surowica durowych posiada własności zlepiające i względem gatunków pokrewnych l. durowemu, jakoto: l. okrężnicy, l. paratyfusowe, b. enteritidis Gärtneri i t. p. z grupy okrężnicowych. Zjawisko powyższe nazywamy »odczynem gatunkowym« (Gruppenreaction). To znaczy, iż w surowicy durowych wytworzyły się różne ciała o własnościach zlepiających. Laseczniki durowe posiadają bowiem w sobie ciała (antygeny), wspólne dla swego gatunku czyli rasy, a nadto znamiona osobnicze, oryginalne, wyłącznie właściwe durowi. Antygeny te wywołują powstawanie szeregu niweczników (Antikörper): a) rasowych czyli gatunkowych, jako wyraz odczynu na działanie antygenu rasowego, i b) swoistych, osobniczych, przeciwdurowych, jako wyraz odczynu na działanie antygenu durowego.

Można się o tem łatwo przekonać przy pomocy metody Castellaniego. Mieszamy surowicę badaną z hodowlą pokrewnych durowi laseczników. Wtedy te ostatnie pochłaniają swoiste dla siebie aglutyniny, pozostawiając nietkniętemi aglutyniny durowe.

Przesącz z tej mieszaniny zdolny jest zlepiać jedynie swoiste dla siebie l. durowe, lub też odwrotnie, gdy surowica pochodzi od paratyfusowych i t. p.

Zjawisko zlepiania wykryli Widal i Gruber. Stwierdzili też, że odczyn powyższy występuje w durze naj-

wcześniej 8. dnia choroby, niekiedy w 2. lub 5. tygodniu, czasami zaś dopiero w okresie zdrowienia. Znika po ukończeniu ozdrowienia, chociaż w niektórych przypadkach trwa miesiącami i całemi latami. To też obecność odczynu Widala nie przemawia bezwzględnie za aktualną sprawą durową. Jedynie objawy kliniczne łącznie z odczynem uprawniają do rozpoznania, lub, co pewniej, bakteryologiczne badania krwi. Należy pamiętać, iż t. zw. »roznosiciele laseczników« (Bacillenträger), t. j. osoby, które posiadają w swym ustroju l. durowe, a które duru nie przechodziły, również wykazują w surowicy swoisty odczyn.

Niekiedy l. durowe nie ulegają aglutynacyi pod wpływem surowicy uodpornionej o wysokiem mianie. Aby im przywrócić własności zlepiania się, należy je wielokrotnie przeszczepić na sztucznych podłożach. Tedy dopiero dalsze pokolenia nabierają własności aglutynacyjnych.

Wraz z kol. Chojko spostrzegaliśmy bardzo ciekawy, a odmienny od powyższych przypadek, o którym szczegółowiej zdam sprawę poniżej. Surowica naszej chorej zlepiała l. durowe laboratoryjne (w pracowniach kol. Muttermilcha i kol. Wojczyńskiego) w rozcieńczeniu 1:800, także zaś surowica nie aglutynowała laseczników, wyhodowanych ze krwi chorej. Tedy przeszczepiliśmy wielokrotnie laseczniki wyhodowane ze krwi chorej. Otóż wyhodowane laseczniki wypróbowaliśmy co do zdolności aglutynacyjnej z własną i wysokowartościową surowicą przeciwdurową. Kol. Muttermilch przerabiał doświadczenia z czwartem pokoleniem i otrzymał wynik ujemny, Kol. Wojczyński toż samo z ósmem pokoleniem. A więc bywają szczepy durowe odporne na działanie własnej surowicy i wysokowartościowej. Szczepy te nie tracą swej odporności nawet w dalekich pokoleniach. Wogóle l. durowe tracą zdolność aglutynacyjną, gdy są hodowane na podłożach z zielenią malachitową, lub też gdy wskutek długiej obecności we krwi chorego w ciężkim i przewlekłym przebiegu oswoiły się ze środowiskiem i przywykły do niweczników surowiczych. W naszym przypadku należy przypuścić, iż brak wrażliwości l. durowego na działanie własnej i obcej surowicy zależał od wytworzenia przez tegoż lasecznika przeciwaglutynin lub agressyn, któremi się bronił od zachłanności różnorodnych niweczników.

Odczyn Widala, o czem pamiętać należy, występuje w bardzo rzadkich przypadkach cierpień niedurowych, np. w nieżytowej żółtaczce, zakażeniu odmieńcem, paciorkowcami i prątkiem ropy błękitnej. Wymaga to jednak jeszcze sprawdzenia (Schottmüller).

Wogóle panuje przekonanie, iż z ilości zawartych we krwi aglutynin nie można rokować o przebiegu choroby, gdyż n p. w durze pomimo wielkiej ilości aglutynin zejście może być śmiertelne.

2) Drugiem zjawiskiem swoistem jest t. zw. odczyn Pfeiffera.

Gdy do otrzewnej morskiej świnki wstrzykniemy pewną ilość surowicy uodpornionej, zmieszanej z pewną ilością jadowitych i żywych l. durowych, ilością o wiele przewyższającą najmniejszą dawkę śmiertelną, tedy, badając co pół godziny zawartość otrzewnej, stwierdzić możemy, iż laseczniki ruchliwe nikły, a natomiast na ich miejscu wystąpiły małe ziarenka. Zwierzęta te nie giną, zwierzęta zaś kontrolne giną przy objawach zapadu, a w otrzewnej znajdujemy żywo poruszające się l. durowe. (C. d. n.).

Etyologia, patologia i leczenie gruźlicy narządu słuchowego.

(Wykład na VII. międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym dnia 17 kwietnia 1912 w Rzymie).

Podał

R. Spira.

(Ciąg dalszy).

Ad 4). Tu zaliczyć należy próby Pirqueta i Calmettea, rozpoznawcze wstrzyknięcie tuberkuliny, szczepienie ropy lub zmienionej tkanki na świnki morskie lub króliki. W ostatnich czasach Lasagna podał nową próbę dla ułatwienia rozpoznania gruźlicy ucha. Próba ta polega na tem, że ropa ze zwykłych zapaleń ropnych ma zdolność trawienia białka, której niema ropa gruźlicza. Zdolność ta pochodzi od działania fermentów, zawartych w leukocytach wielojądrzastych, składających zwykłą ropę. W ropie gruźliczej brak fermentów proteolitycznych. Brak zatem tej własności w ropie ucha przemawia za jej przyrodą gruźliczą.

Leczenie ma w pierwszym rzędzie zmierzać do poprawy stanu ogólnego, skrzepienia sił ustroju i podniesienia odporności. W tym celu należy posługiwać się wszystkimi tymi środkami i sposobami dyetetycznymi, higienicznymi i klimatycznymi, które polecane są także w leczeniu gruźlicy innych narządów i których przytoczenie tutaj uważam za zbyteczne. Nie ulega wątpliwości, że poprawa, tymi sposobami osiągnięta w chorobie płuc lub w gruźlicy ogólnej, wywiera bardzo korzystny wpływ również na miejscową chorobę ucha. Leczenie miejscowe w zasadzie nie różni się też od leczenia choroby ucha środkowego innego pochodzenia. Poza tem poleca się w przewlekłem ropieniu gruźliczem ucha środkowego cały szereg środków, w tem cierpieniu wskazanych, jak wkraplania zawiesiny jodoformowoglicerynowej, zasypywania jodolem, jodoformem. W nowszych czasach używa się w tym celu wioformu w proszku lub jako gazy do tamponów.

Świetne wyniki osiągnął Muck, lecząc gruźlicze ropienie ucha przez przekrwienie bierne, zastosowane zapomocą przyrządów ssących, przykładanych nad ujściem przewodu ucha zewnętrznego i nad wyrostkiem sutkowym. Guranowski widział przy powierzchownych owrzodzeniach gruźliczych błony śluzowej jamy bębenkowej dobre skutki po zastosowaniu kwasu mlecznego w słabem zgęszczeniu. U dzieci zołzowatych poleca Guranowski wlewanie balsamu peruwiańskiego do ucha. Dla oddzielenia mas serowatych poleca Schwabach karbol glicerynowy w 5% rozczynie. Haberman widział dobre wyniki po pyoktaninie. Ritter osiągnął w jednym przypadku guzków gruźliczych błony śluzowej ucha środkowego wyleczenie przez wkraplanie gliceryny wyskokowej z trójchlorkiem jodu. Voss poleca w przypadkach przewlekłych tej choroby zawiesinę tuberkulinową. W gruźlicy ograniczonej ucha galwanokauter może okazać się pożytecznym.

Doświadczenia ze wstrzykiwaniami podskórnemi tuberkuliny wypadły po największej części ujemnie, tak, że sposób ten ogólnie porzucono. To samo tyczy się nowotuberkuliny.

Gdzie występuje próchnienie kości, tam jest wskazany zabieg operacyjny. Usunięcie ogniska gruźliczego z kości skalistej może wywrzeć korzystny wpływ także na stan ogólny i przez podniesienie sił ustroju działać korzystnie również na przebieg gruźlicy innych narządów, jak tego między innymi dowodzi przytoczony wyżej przypadek Guranowskiego i następujące spostrzeżenie. W Berlińskiem Towarzystwie otologicznem Busch przedstawił 3-le-

tnie dziecko, silnie obciążone dziedzicznie, które 3 razy operowano na wyrostku sutkowym bez skutku. Drobnowidowe badanie ziarnin wykazało gruźliczą przyrodę cierpienia. Przez długi czas istniały gorączka, żółtaczka, ogólny upadek sił, biegunka, i już nie było nadziei utrzymania dziecka przy życiu, kiedy ponowna operacya odkryła ubytek w kości wielkości 5 fenigów, rozległe gruźlicze zmiany opony twardej z przetoką do mózgu. Sprawy te powoli całkiem się wygoiły i dziecko ma się dobrze.

Wszelako, gdzie ogólna gruźlica już za daleko jest posunięta i upadek sił i charłactwo do zbyt wielkiego doszły stopnia, tam należy zaniechać zabiegu operacyjnego, gdyż wtedy może on tylko przyspieszyć koniec fatalny. Tylko w tych przypadkach, w których nieznośne bóle, bezsenność, obfite ropienie, gorączka i t. p., zanadto podkopują siły chorego, operacya może pod każdym warunkiem być wskazana, choćby tylko dla złagodzenia cierpienia.

W celach zapobiegawczych poleca się operacyjne usunięcie gruźliczo zmienionych gruczołów chłonnych szyjnych i podejrzanych przerosłych migdałków podniebiennych i gardłowych (Körner). Szczególnie, jeżeli po zabiegu operacyjnym w uchu gruczoły okoliczne nie zmniejszają się same, należy je później osobno usunąć.

Przechodzimy teraz do gruźlicy innych części narządu słuchowego. W uchu zewnętrznem gruźlica może pojawiać się w 3 postaciach. Wrzody gruźlicze i gruźlica prosówkowa mogą wystąpić na skórze małżowiny i w przewodzie zewnętrznym ucha tak, jak na każdem innem miejscu powłok ogólnych. Wrzody gruźlicze w przewodzie mogą powstać przez zakażenie gruźliczą wydzieliną z jamy bębenkowej, albo przez samozakażenie, jeżeli chory palcami zanieczyszczonymi plwociną gruźliczą przy drapaniu się w ucho przeniesie tam zarazki gruźlicze.

Inną postać stanowi gruźlica ochrzęstnej (perichondritis tuberculosa auriculae, Haug). Występuje ona przeważnie u młodych osób w wieku 15—40 lat, dotkniętych gruźlicą i objawia się zaczerwienieniem, obrzmieniem i nacieczeniem całej małżowiny. Po przebiciu lub przekłuciu wydziela się brudna ropa i tworzą się przetoki, wypełnione ziarninami grzybiastemi. Chrząstka chropawa, miejscami obumarła. Mikroskopowo stwierdza się nacieki znamienne dla gruźlicy, w ropie prątki w skąpej ilości. Gruczoły chłonne okoliczne przedstawiają typowy obraz gruźlicy. Dla leczenia poleca się nacięcie, wyskrobanie ziarnin, drenowanie paskami gazy jodoformowej z balsamem peruwiańskim, wstrzykiwania gliceryny jodoformowej w chrząstkę. Gruczoły naciekłe z okolicy należy również usunąć.

Jako trzecią postać wymienić należy ograniczoną gruźlicę guzowatą. Haug opisuje 5 przez siebie spostrzeganych przypadków takich zmian w postaci mniej lub więcej opornych, twardych guzków, powoli rosnących na płatku usznym, przyczem ani na twarzy, ani na małżowinie usznej nie można było znaleść żadnego innego wykwitu ani nacieku toczniowego. Przypadki te występują pierwotnie bez gruźlicy płuc, gruczoły zaś sąsiednie zawsze są równocześnie zajęte. Podobne przypadki opisują Strauss, Urbantschitsch i inni. Rokowanie w tej postaci jest pomyślne, ponieważ jest ona cierpieniem czysto miejscowem, a przez usunięcie guzów i równoczesne wycięcie wymacać się dających gruczołów osiągnąć można zupełne i trwałe wyleczenie.

Jednakże Heinrich przytacza podobny przypadek, w którym w kilka lat po takiej operacyi nastąpił nawrót na innem miejscu małżowiny usznej.

Także Frey wyciął guz gruźliczy z płatka, który wystąpił jako nawrót wyrośli, rok przedtem operowanej przez Kaufmanna. Makroskopowo guz się składał z opornej tkanki żółtobrunatnej, mikroskopowo znaleziono typowy obraz gruźlicy z gruzełkami i tworami olbrzymimi. Gruźlicy wewnętrznej nie było, poprzedził sprawę jednak obrzęk na tej samej stronie szyi, który nacięto. Prawdopodobnie zakażenie nastąpiło przez ropę z przetoki gruczołu szyjnego.

Ciekawem i ważnem jest, że w 4 z 5 przypadków Hauga pierwsze objawy obrzęku i tworzenia się guza przyłączyły się do podrażnienia, wywołanego wprowadzeniem pierwszego kulczyka do płatka. Na podstawie tego spostrzeżenia uważa Haug tę postać za gruźlicę przez wszczepienie (Inokulationstuberkulose), powstałą przez zakażenie dziurek na kulczyki, względnie przez zranienie przy wprowadzeniu kulczyków i przez powtarzające się drażnienie tych kanalików.

W przypadkach, gdzie tego sposobu powstania nie można przyjąć, sposób zakażenia musi na razie pozostać niewyjaśniony. Do leczenia tej postaci nadaje się najlepiej wycięcie.

Błona bębenkowa prawie zawsze bierze udział w gruźlicy jamy bębenkowej. Przeważnie ulega zmianom najpierw błona śluzowa jamy bębenkowej, skąd prątki dostają się na błonę bębenkową, gdzie wytwarzają się małe, żółte gruzełki, które rozpadając się, wrzodzieją i wywołują mnogie przedziurawienia. Tak Tröltsch widział 5, Habermann 4 przedziurawień w jednej błonie bębenkowej. Po przebiciu może sprawa się wyleczyć. Takie wyleczenie widział Schwabach po wstrzyknięciu prątków Kocha. Innym razem błona jest zaczerwieniona, obrzękła, naciekła albo przedstawia się jako gładka różowa wyniosłość, wypuklona workowato do przewodu słuchowego zewnętrznego.

Błona bębenkowa może uledz zmianom także w następstwie gruźlicy sąsiednich kości czaszki, przy nieznacznem współcierpieniu jamy bębenkowej i wygoić się i zabliźnić po operacyjnem leczeniu kości. Czasem występują na błonie bębenkowej guzy gruźlicze, składające się z gruźliczej tkanki ziarninowej o typowej budowie. Postać taką, istniejącą równocześnie z guzami gruźliczymi w innych częściach ciała, opisał Preysing. Zapomocą pędzlowania 25% roczczynem kwasu mlecznego i słabego rozczynu kwasu chromowego z następowem zasypywaniem airolu osiągnął on zupełne wyleczenie.

Przypadki gruzełków na błonie bębenkowej opisali Schwartze, Gruber, Habermann, Guranowski i inni. Guranowski miał sposobność u jednego ze swoich chorych, dotkniętego gruźlicą płuc, śledzić dokładnie rozpad czterech guziczków na błonie bębenkowej i zlewanie się powstałych później przedziurawień w jeden duży otwór.

Rzadziej zdarza się pierwotna, samodzielnie powstała gruźlica błony bębenkowej bez zajęcia jamy bębenkowej. Takie przypadki opisali Schwartze i inni. Guranowski rozpoznał w jednym przypadku gruźlicę błony bębenkowej u osoby zresztą napozór zupełnie zdrowej, u której dopiero w kilka miesięcy później pojawiło się gruźlicze zajęcie płuc.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Rolly. **O oddziaływaniu surowicy krwi w stanach prawidłowych i chorobowych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 22 i 23). Dotychczas próbowano oznaczać zasadowość krwi kilkoma metodami, jak miareczkowaniem, oznaczaniem zawartości kwasu węglowego krwi, metodą wskaźników lub też zapomocą ilościowej analizy mineralnych składników krwi. O zasadowości krwi wnoszono również pośrednio z oznaczeń ciśnienia częściowego kwasu węglowego, zawartego w pęcherzykach płucnych lub oznaczając ilościowo amoniak w moczu. Metody te zdaniem R. nie są odpowie-

dnie do oznaczenia bezwzględnej wielkości zasadowości surowicy, natomiast, według autora, metoda łańcuchów gazowych (Gaskettenmetode) daje najściślejsze wyniki. Posługując się tą metodą stwierdził R., że surowica krwi ludzi zdrowych na czczo oddziałuje słabo zasadowo, u niektórych zasadowość krwi zmniejsza się po spożyciu pokarmów mięsnych, u innych pozostaje bez zmiany. W ciężkich postaciach cukrzycy zasadowość krwi waha dość znacznie, zależnie od rodzaju dyety, mianowicie jest ona większa przy spożywaniu pokarmów roślinnych, mniejsza przy dyecie mięsnej. U zdrowych i chorych stwierdzał R. zawsze w surowicy oddziaływanie zasadowe z wyjątkiem tylko śpiączki cukrzycowej. W niezbyt ciężkich postaciach cukrzycy zasadowość krwi utrzymuje się w granicach prawidłowych, w ciężkich jest bardzo nizka, jednakże nie u wszystkich chorych. Podnieść należy, że u tych chorych stopień zasadowości surowicy nie idzie w parze z wydzielaniem kwasów w moczu. Na podstawie swych badań sądzi autor, że zapatrywania tych badaczy, którzy uważają mocznicę za wyraz zatrucia kwasami, są niesłuszne, gdyż taką samą nizką zasadowość, jak przy mocznicy, wykazał także i we krwi umierających z zupełnie zdrowemi nerkami. Przy zapaleniu nerek bez objawów mocznicowych odczyn surowicy jest prawidłowy. Uderzająco wielka jest zasadowość krwi, występująca czasami u ludzi chorych na gruźlicze zapalenie opon mózgordzeniowych, jak również u ludzi cierpiących na zanik żółty wątroby i jej marskość.

Dr Sokołowski.

Grau. **Dobór chorych dla uzdrowisk ludowych.** (Beitr. z. med. Klin. 1912, V). Wobec rozwoju uzdrowisk ludowych niezmiernie ważną rzeczą jest ocena, jacy chorzy najbardziej nadają się do leczenia w zakładach. Przedewszystkiem co do wieku, to nie należy już wysyłać do takich zakładów osób powyżej 45 lat ze względu na inne powikłania (choroby serca, zwapnienia i t. p.). Nie nadają się też osoby dorosłe z wagą poniżej 50 kg., dalej ludzie stale silnie gorączkujący, mający wybitne jamy w płucach, dalej gdzie sprawa zajmuje więcej niż jeden płat płuca. Również przeciwko przyjęciu przemawia liczba tętna stale powyżej 120. Natomiast nie wyłączają przyjęcia lekkie formy jelitowe. Nie nadają się zaś do leczenia sanatoryalnego zmiany nerek, bo te wymagają raczej leczenia chirurgicznego. Przeciwwskazaniem do przyjęcia jest padaczka, psychozy, neurastenia i t. p. Gruczoły należy przed przyjęciem do sanatoryum zoperować. Nie nadaje się do leczenia w ludowych uzdrowiskach gruźlica krtani i gruźlica równoczesna z ciążą, trwającą ponad 4—5 miesięcy. A.

Gouget. **O wysadzeniu oczu przy zapaleniach nerek.** (Presse méd. 1912, Nr 2). Oddawna znane są objawy oczne, towarzyszące cierpieniom nerek, występujące bądź w postaci niedowidzenia (amblyopia) lub zupełnej ślepoty (amaurosis), albo też jako zmiany w siatkówce (wybroczyny, plamy mleczne, zwapnienie tętnic i t. p.). Autor podkreśla, że dotychczas nie zwracano uwagi na wysadzenie oczu; dopiero niedawno amerykańscy badacze zwrócili uwagę na ten objaw. Wysadzenie oczu, zwłaszcza o ile się pojawia bez powiększenia gruczołu tarczowego i przyspieszenia tętna, stanowi dość częsty objaw zapalenia nerek, najczęściej śródmiąższowego, a zwłaszcza w przypadkach ciężkich. Niekiedy bywa ono wybitniejsze po jednej stronie, czasami znowu bywa zmienne i podlega wahaniom idącym równolegle do stanu chorego, a zwłaszcza do parcia tętniczego i objawów zatrucia ustroju. Stąd powstały dwie teorye, z których jedna (Thayer) uważa wysadzenie oczu wyłącznie za wyraz wzmożonego parcia, druga zaś (Barker i Hanes), za którą się autor oświadcza, uważa zarówno wzmożone parcie jak i wysadzenie oczu za wyniki zatrucia toksynami, działającemi za pośrednictwem nerwu współczulnego na włókna mięsne naczyń i na mięsień gładki Müllera, który przez swój skurcz ma wywoływać wysadzenie oczu. Autor sądzi, że jednem z ciał toksycznych, działających w podobnych przypadkach, jest adrenalina, której nadmiarowi we krwi zawdzięczają swoje powstanie wzmożone parcie i wysadzenie oczu, a to zarówno w chorobie Basedowa, jak i w zapaleniach nerek. Dr Blassberg.

Bernard i Baron. **O znaczeniu prognostycznem skórnego odczynu tuberkulinowego u dorosłych.** (Presse méd. 1912, Nr 48). Autorowie na podstawie 240 przypadków dochodzą do wniosku, że odczyn skórny Pirqueta stanowi objaw prognostyczny ważny i często wymowniejszy, aniżeli dane kliniczne, któremi rozporządzamy. Nie pozwala on wprawdzie przewidywać nagłych powikłań lub schorzeń, przypadkowo mogących się dołączyć, jak np. krwotoków, lecz wskazuje na charakter cierpienia i samoobronę ustroju. W zasadzie silny i wybitny odczyn skórny napotyka się w przypadkach gruźlicy małego natężenia, w których samoobrona ustroju jest dobra, a rokowanie korzystne. Odczyn średniego stopnia utrzymujący się stale przy próbach wielokrotnie powtarzanych pojawia się u chorych, którzy dość dobrze znoszą chorobę, często nawet znacznie posuniętą. Natomiast odczyn słaby, albo też taki, który wprzód był wybitny, a potem osłabł, nakazuje rokować jak najgorzej. Wszyscy chorzy, u których stwierdzono taki odczyn, ulegli cierpieniu. Również niezawodnym znakiem jest zupełny brak odczynu, dowodzący niezbicie, że chory, dotknięty gruźlicą, skazany jest na pewną śmierć. Odczyn skórny małe ma znaczenie u osób wyniszczonych, natomiast ma wielką wartość w początkach gruźlicy, kiedy znaki kliniczne nie dostarczają dostatecznej podstawy do rokowania. Przy gruźlicy daleko posuniętej odczyn ten umożliwia ocenę, czy sprawa przebiega powoli i długo się będzie ciągnąć. Natomiast zupełnie nie można wysnuwać żadnych wniosków prognostycznych z tego odczynu u osób, leczonych tuberkuliną lub surowicami przeciwgruźliczemi.

Dr Blassberg.

Neurologia i psychiatrya.

Berezowskij, Suchow i Tarasiewicz. **Przyczynek do operacyjnego leczenia padaczki Kożewnikowa.** (Z kliniki chirurgicznej profesora Berezowskiego w szpitalu Szeremetiewa w Moskwie). W 1894 r. prof. Kożewnikow opisał na podstawie obserwacyi 4 chorych nową postać padaczki korowej. Oprócz typowych objawów Jacksonowskiego zespołu dawały się mianowicie zauważyć w okresach międzynapadowych stałe kloniczne drgawki w tych samych kończynach, w których widziano je podczas napadów. Kożewnikow upatrywał anatomiczną przyczynę tego obrazu chorobowego w ośrodkach ruchowych, przypuszczając, iż w większości przypadków chodzi w takich razach o zapalenie mózgu (encephalitis) z następowem stwardnieniem (sclerosis), chociaż nie przeczył, że przyczyną mogą tu być również wągry, nowotwory itp. sprawy. Kożewnikow nazwał opisaną przez siebie postać chorobową »epilepsia corticalis continua«. Później na wniosek Fiłatowa zaczęto ją nazywać« padaczką Kożewnikowa«. Od r. 1894 opisano tylko 20 przypadków tej postaci. W nierosyjskiej literaturze mało się wogóle o niej mówi ze względu na to, że przypadki takie bywają opisywane pod innemi nazwami. Przytem dotychczas nieogłoszono ani jednego przypadku z oględzinami pośmiertnemi. Natomiast opisano 4 przypadki, leczone operacyjnie, z mniej, lub więcej pomyślnym wynikiem. Szczególnie pouczający jest przypadek, podany przez Osokina, którego chory cierpiał na »meningoencephalitis chronica« (badanie drobnowidowe cząstki kory mózgowej, wyciętej z okolicy ośrodka prawej górnej kończyny). W pracy swej autorowie opowiadają historyę chorego, który przed 9 laty, mieszkając w nizkiej izbie, z jeszcze niższemi drzwiami, doznawał częstych urazów w lewą ciemieniową okolicę głowy. W rok potem wystąpił napad drgawek z utratą przytomności i bólem głowy. W następnym roku podobne napady powtarzały się 3-krotnie, poprzedzone powiewem (aura) w postaci mrowienia w prawej

ręce. W ciągu 2 lat nie było napadów, 6 lat temu 3 napady w ciągu jednego tygodnia, przyczem drgawki, zaczynając się od palców prawej ręki, rozprzestrzeniały się następnie na mięśnie pięści, oraz na prawą dolną kończynę. Utrata przytomności. Po napadzie chory przez jakiś czas źle mówił. Później napady się przerwały, pozostał tylko ból głowy w okolicy ciemieniowej, zjawiający się napadowo. W lutym 1910 r. znowu napad z utratą przytomności, potem drugi, słabszy. Od tego czasu bole głowy zmuszające chorego często do leżenia w łóżku. W październiku rozpoczęły się nieustanne kloniczne drgawki w prawej górnej kończynie tak, że żona chorego dzień i noc musiała trzymać go za rękę, gdyż to uspokajało drgawki, które w przeciwnym razie miały skłonność do przechodzenia w napad ogólny o typie padaczkowym. Stan psychiczny pozostał prawidłowy. Przy przyjęciu chorego do szpitala stwierdzono prócz wyżej opisanych stałych drgawek w mięśniach palców, pięści, przedramienia a niekiedy też ramienia, osłabienie ruchowe w wyżej wspomnianych mięśniach (dynamometr 0), wzmożenie odruchów ścięgnistych, oraz pewne wzmożenie pobudliwości elektrycznej przy drażnieniu pni nerwowych prądem przerywanym. Zaburzeń czuciowych nie stwierdzono. Ponieważ nie było żadnych danych dla przypuszczania przymiotu, wągra, gruźlicy, ropnia, lub nowotworu mózgu, rozpoznano przewlekłe zapalenie mózgu i opon, wywołane często powtarzającym się urazem. Operacya w 2 aktach. Najprzód wyjęcie kawałka kości czaszki z nadośrodkowej okolicy zwoju centralnego, a w 9 dni później wycięcie kawałka twardej opony w tem samem miejscu. Opona była znacznie zgrubiała, tak twarda, że pod nożem wydawała chrzęst, mocno zrośnięta z oponami miękkiemi; na powierzchni jej widać było żółtawe plamy, niewyraźnie odgraniczone. Już w parę dni po wykonaniu pierwszej części operacyi drgawki ustały i więcej nie powróciły. Napady padaczkowe w ciągu 9 miesięcy (późniejszych wiadomości o chorym nie było) ani razu nie występowały, siła prawej ręki znacznie się poprawiła (dynamometr 15), stan ogólny zupełnie zadowalniający. Przypadek powyżej opisany stwierdza słuszność poglądów Kożewnikowa na siedzibę i wskazania lecznicze (zabieg operacyjny) przy obrazie chorobowym, noszącym jego nazwisko. S. Trzebiński.

M. Minkowski. **Przyczynek do fizyologii sfery wzrokowej.** (Obozr. newroł. 1911, Nr 11—12). W pracowni kliniki prof. Ziehena w Berlinie przedsięwziął autor szereg doświadczeń w celu sprawdzenia badań Munka nad sferą wzrokową psa. Według zapatrywań wyżej wspomnianego badacza sfera wzrokowa mieści się u psa na wypukłej powierzchni zrazu potylicznego, gdzie zajmuje tylną część I i II zakrętu, na środkowej jego powierzchni, gdzie sięga do sulc. splenial. i na tylnej części móżdżkowej powierzchni tegoż płatu potylicznego. W wyżej wymienionych granicach kora płatu potylicznego przedstawia dokładny rzut (projekcyę) siatkówki, przyczem dołek środkowy (fovea centralis) siatkówki odpowiada okrągłemu miejscu o średnicy 15 mm, oznaczonemu literą »A«. Zniszczenie tego miejsca po jednej stronie ma wywoływać ślepotę dołka środkowego na stronie przeciwnej, zniszczenie zaś obustronne prócz tego jeszcze także ślepotę duchową. Doświadczenia doprowadziły do następujących wyników: 1) Wzrokowo-czuciowy ośrodek mieści się w »area striata«. 2) Obok niego, w drugim zwoju wypukłej powierzchni płatu potylicznego, mieści się wzrokowo-ruchowy ośrodek dla odczynów ruchowych, wywoływanych przez wrażenia optyczne (np. ruchy nastawiające oczy na dany przedmiot, ruchy ochronne powiek, a może też niektóre ruchy tułowia i kończyn). Odnośne tory przewodzące idą od kory prosto do zwojów podkorowych. 3) Wzrokowo-czuciowy ośrodek przedstawia się jako rzut siatkówki na korę mózgową. 4) Zewnętrzna część siatkówki, odpowiadająca nosowej części pola widzenia, przesyła otrzymane wrażenia przeważnie do równoimiennej połowy mózgu, chociaż pozostaje także w związku z drugą stroną. 5) Miejsce »A« Munka nie ma przypisywanego mu przez tego autora znaczenia. 6) Zniszczenie okolicy ruchowo-wzrokowej nie pociąga za sobą zaburzeń wzrokowych, o ile nie było powikłań w innych częściach mózgu.

S. Trzebiński.

Benon. **Astenomania poudarowa.** (Revue de méd. 1911, Nr 7). Po zadziałaniu na ustrój usposobiony jakiegokolwiek bardzo silnego czynnika występuje astenia (słabość) ruchowa i psychiczna. Słabość ta stopniowo znika i w jej miejsce występuje okres podniecenia maniakalnego (hyperstenia) jako wynik wzrastania siły i czynności mięśniowej i ideowej. Tastevin opisał podobne stany asteno-maniakalne, występujące po padaczce, po urazie itd. Autor mniema, że do tego szeregu asteno-manii wtórnych zaliczyć należy asteno-manię po udarze mózgowym. Ta postać asteno-manii występuje dość często. Czynnikiem, wyczerpującym siłę mięśni i umysłu, jest tutaj udar. Jeżeli astenia zaznaczona jest dość silnie, to chory leży nieruchomo, z trudnością porusza językiem, rozmawia bardzo niechętnie lub zupełnie milczy, z trudem zbiera myśli lub wspomnienia; z objawów fizycznych zauważyć się daje zaparcie stolca. Stan taki trwa od kilku dni do kilku tygodni; chory zaczyna powracać do stanu prawidłowego, który trwa jakiś czas, a potem przechodzi w stan podniecenia maniakalnego (hyperstenii). Chory ucieka z łóżka, ma przesadne wyobrażenie o swej sile i zdrowiu; mowa szybka, zdania często niedokończone lub z sobą logicznie nie związane. Uwaga bardzo żywa i czynna. Odpowiedzi szybkie i dokładne. Chory objawia urojenia wielkości. Zwykłym stanem uczuciowym chorego jest wesołość, pomimo internowania go w zakładzie. Wybitnie także zaznacza się skłonność do wzruszeń. Słowem klasyczny obraz stanu maniakalnego o obszernej skali, od stanu hypo-maniakalnego do szału, który jednak występuje rzadko. Stan powyższy trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy i chory ostatecznie lub przejściowo powraca do stanu prawidłowego. Podkreślić należy, że chorzy miewają urojenia wielkości, jednakowoż nie mają właściwego obłędu wielkości. Urojenia te znikają wraz z objawami hyperstenii. Astenomania kończy się zwykle wyzdrowieniem, jednakowoż bywają przypadki, gdzie astenia i mania powracają, a nawet czasami towarzyszy im zupełnie wyraźnie zwiększające się osłabienie władz umysłowych.

Przytoczony przez autora opis 3 przypadków przemawia za etyologią podaną przez Tastevina. W każdym z nich można było stwierdzić wpływ jakiegoś czynnika, wybitnie wyczerpującego ustrój. Co się tyczy rozpoznania stanów tego rodzaju, to przedewszystkiem osłabienia ideacyi nie należy uważać za osłabienie zdolności umysłowych lub za zamęt. Następnie odróżniać także należy stan euforyi, towarzyszącej otępieniu (demencyi), od hyperstenii, tak samo jak niepokój i zamęt od podniecenia maniakalnego. Autor porównuje w końcu swe przypadki z podobnymi przypadkami, zaczerpniętymi z literatury i dochodzi do następujących wniosków. Astenomania poudarowa stanowi jedną grupę astenomanii wtórnych Tastevina; wobec lekkiego stosunkowo przebiegu i dobrego rokowania nie ma koniecznej potrzeby internowania chorych w zakładzie.

L. Mańkowski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22. maja 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, obecnych członków 130.

Prof. Browicz: **O etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego** (z demonstracyami).

W dyskusyi Prof. Kostanecki podnosi, iż należy ustalić terminologię wyrazów »jelito ślepe czy też kątnica«. Przy tworzeniu bowiem nazw powinno się używać takich

wyrazów, które się dają zastosować u wszystkich zwierząt. Jelito ślepe w postaci charakterystycznej »kątnicy« znajduje się tylko u człowieka i małp, dlatego ze stanowiska anatomii porównawczej i embryologii jedynie stosowny jest wyraz »jelito ślepe«. U noworodków i u małych dzieci wyrostek robaczkowy bywa pusty; w życiu płodowem jest wypełniony smółką. U ludzi dorosłych zmarłych wyrostek robaczkowy jest wskutek działania gazów gnilnych wypełniony treścią wpędzoną przez gazy z jelit; za życia bywa prawidłowo najprawdopodobniej pusty. Wyrostki robaczkowe mają albo szerokie światło albo też są wąskie. W pierwszym przypadku może się łatwo wyrostek wypełniać kałem, w drugim należy przypuszczać, iż treść kałowa trudniej się do wyrostka dostanie. Jelito ślepe ma zazwyczaj kształt lejkowaty. Wedle Eiselsberga, powstrzymywanie wiatrów przez ludzi inteligentnych powoduje często wypychanie kału do wyrostka robaczkowego, tem też tłomaczyćby można rzadsze występowanie zapalenia wyrostka robaczkowego u ludu. Zakażenie wyrostka robaczkowego drogą jelitową jest bezwzględnie częstsze niż drogą krwi.

Prócz tego przemawiali w dyskusyi Prof. Ciechanowski i prelegent. Zastępca sekr. dorocznego Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 4. czerwca 1912 r.

1) Wiśniewski przedstawił przypadek **liszaja rumieniowatego** (lichen erythematosus); leczenie polegało na podawaniu chininy i smarowaniu w $^1/_2$ godziny potem jodyną.

2) Neugebauer: **Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate aut praesente extrauterina.** Prelegent w styczniu r. b. ogłosił drukiem 15 takich spostrzeżeń o 5 zejściach śmiertelnych. Obecnie zebrał materyał 72 spostrzeżeń odpowiednich i opierając się na nim, rozpatruje sprawę zabiegów, dla spędzania płodu dokonanych na kobietach nie ciężarnych, lub u których istniała ciąża zewnątrzmaciczna. Tych drugich przypadków zebrał autor aż 21, z tych jeden własny. Sprawa przez prelegenta poruszona dziś jest poniekąd nową, rzadko w piśmiennictwie poruszaną. Prelegent omówił nietylko stronę kliniczną sprawy, rozpoznanie, nieraz nader trudne, leczenie, rokowanie, wyniki sekcyi i t. p., lecz i stronę społeczną i sądowo-lekarską. (Praca ukaże się w druku w »Przeglądzie chirurgicznym i ginekologicznym« i w »Obradach sekcyi ginek. XI Zjazdu lek. i przyr. polskich«).

Posiedzenie kliniczne z d. 18. czerwca 1912.

1) Pechkranc: **Rozszerzenie przełyku samoistne.** Na podstawie własnych 7 przypadków i danych z piśmiennictwa podał prelegent całokształt obecnej wiedzy o tem dość rzadkiem cierpieniu. Z przyczyn wymienia urazy (fizyczne i psychiczne), zakażenia oraz zatrucia; wzmożonej pobudliwości nerwowej przypisuje niewielką rolę. Najczęściej spotykamy to cierpienie u ludzi poniżej lat 40. Patogeneza cierpienia, zdaje się, tkwi w kurczu tężcowym dolnego odcinka przełyku, trwającym przez wiele lat. Do głównych objawów należą: zaburzenia w przeprowadzaniu pokarmów do żołądka, zwracanie pokarmów i szereg zaburzeń wtórnych. W rozpoznaniu wyłączyć należy: nowotwór, zwężenie bliznowate, uchyłek i t. p. Prelegent opisuje doświadczenia, służące do określenia kurczowego charakteru przeszkody w dolnym odcinku przełyku: badanie zapomocą zgłębników miękkich, twardych rurkowych, podawanie 2 śniadań próbnych, 2 rozmaicie zabarwionych płynów i t. d.; inne doświadczenia służą do bezpośredniego wykazania obecności rozszerzenia przełyku, jego pojemności.

Prelegent omawia znaczenie rozpoznawcze badania zapomocą promieni Roentgena po wypełnieniu przełyku kaszą bizmutową; wyniki te niezawsze są stanowcze Wziernikowanie przełyku również może oddać cenne usługi; diafanoskopia niema tu wielkiego znaczenia. Rokowanie co do życia jest najczęściej dobre, co do zupełnego wyleczenia — złe; cierpienie trwa długo i przebiega ze zwolnieniami i nasileniami. Leczenie ma na celu systematyczne usuwanie zatrzymujących się w rozszerzonym przełyku resztek pokarmowych (przemywanie). Z innych zabiegów najlepiej jeszcze działa pozostawianie od czasu do czasu zgłębnika rurkowego na kilka dni w przełyku i odżywianie chorego przez ten zgłębnik. Skuteczną pomoc czasami okazują rozszerzadła. W przypadkach bardzo ciężkich pozostaje zabieg chirurgiczny, dający wyniki dość pomyślne.

W dyskusyi Tuchendler wspomina o chorym z rozszerzeniem samoistnem przełyku od 3 lat; chory ten dotychczas odżywiał się dobrze; dopiero przed 7 tygodniami wskutek postępującego wycieńczenia dokonać musiano gastroenterostomii.

2) Watraszewski: **O wartości leczniczej wcierań rtęciowych u dotkniętych przymiotem.** Zanim nauka wypowie zdanie ostateczne o skuteczności nowych środków w walce z przymiotem, musimy w dalszym ciągu pozostać przy rtęci, którą nawet wynalazcy nowych leków zalecają stosować równocześnie. Wobec tego faktu należy zdać sobie sprawę, który z dwóch najwięcej używanych sposobów stosowania rtęci — wcierania czy wstrzykiwania — jest najodpowiedniejszym i dającym najlepsze wyniki lecznicze. Ze względu na korzyści praktyczne wstrzykiwania z biegiem czasu coraz więcej zaczęły wchodzić w użycie i są obecnie metodą dominującą nawet w tych krajach, w których leczenie wcieraniami od czasów Sigmunda było powszechnie przyjęte. Otóż doświadczenie osobiste prelegenta, nabyte w ciągu 30 lat w szpitalu św. Łazarza i w praktyce prywatnej, pozwala mu oświadczyć się za wcieraniami, aczkolwiek otrzymujemy też same lub podobne wyniki zapomocą wstrzykiwań. Najważniejszym czynnikiem, przechylającym szalę na korzyść wcierań, jest świadectwo, jakie im daje odczyn Wassermanna. Wyniki, otrzymane z jednej strony u 150 chorych, leczonych wcieraniami, z drugiej u 150 innych, leczonych wstrzykiwaniami i spostrzeganych przez prelegenta w ciągu 8 do 25 lat, wykazały: 1) u chorych leczonych wcieraniami w 85% odczyn ujemny lub prawie ujemny, dodatni zaś w 15% przypadków; 2) u chorych leczonych wstrzykiwaniami odczyn dodatni w 75%, niepewny w 10%, a ujemny jedynie w 15% przypadków.

Jeżeli wcierania nie wyrobiły sobie takiego uznania, na jakie zasługują, to przyczyny należy szukać w następujących okolicznościach:

1) Nieumiejętne lub nieodpowiednie wykonywanie wcierań; a co za tem idzie 2) występowanie objawów cierpienia rtęciowego jamy ustnej i innych ujemnych stron działania rtęci.

Obawy podobnych powikłań nie będą mieć podstawy, jeśli do wcierań będziemy się posługiwać dawkami średniemi (2,0 - 3,0 szaruchy) i jeżeli chory podczas leczenia będzie ściśle stosować przepisane mu środki zapobiegawcze, mając zapewnioną staranną uwagę i opiekę doświadczonego lekarza.

3) Opinia, jaką mają wcierania, iż są leczeniem nieestetycznem, przykrem z powodu brudzenia ciała i bielizny i uniemożliwiającem chorym leczenie się w sekrecie; istotnie używana wyłącznie dawniej oficynalna szarucha wchłania się w skórę dość trudno, pozostawia osad, przykrą woń i drażni skórę; te ujemne strony przestały istnieć prawie z chwilą zastąpienia tłuszczu przez rezorbinę i wasogen.

4) Niemożność określenia ilości rtęci, dostającej się do ustroju, w przeciwieństwie do wstrzykiwań. Z zarzutem tym liczyć się na seryo nie potrzebujemy; aby przekonać się, czy przepisane leczenie rtęciowe idzie choremu na pożytek, należy zapisywać zmiany w wadze chorego podczas trwania leczenia, obserwować stan jego ogólny; pamiętać przytem należy, że lecząc wstrzykiwaniami również nie mamy żadnej podstawy do twierdzenia, iż cała ilość rtęci

wstrzykniętej zostaje doszczętnie wessana; doświadczenie bowiem uczy, iż nieraz dzieje się przeciwnie.

Wcierania, stanowiąc doskonałą i racyonalną pod każdym względem metodę leczenia przymiotu rtęcią, zasługują na szerokie rozpowszechnienie, a nie na zaniedbanie, jak to się dzieje w czasach ostatnich, dla powodów zwłaszcza natury praktycznej, nie mających bezpośredniego związku ze stopniem racyonalności danej metody leczniczej.

W dyskusyi zaznacza Wojciechowski, że strony ujemne szaruchy w leczeniu przymiotu stały się przyczyną bardzo obszernego stosowania związków rtęci w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych. Ponieważ znane nam połączenia rtęci usuwały objawy przymiotu, nie bez podstawy więc sądzono, że wszystkie związki rtęci mogą być stosowane, byleby tylko były wprowadzone w ilości, mającej odpowiednią zawartość rtęci (0,2—0,3) i w oznaczonym czasie. Atoli przekonano się, iż wstrzykiwane sole rtęci działają niezawsze jednakowo, bez względu na to, że wprowadzano do ustroju o wiele większe dawki rtęci. U bardzo znacznej liczby chorych W., starannie leczonych wyłącznie wstrzykiwaniami, występowały ciężkie objawy przymiotu późnego, co o wiele rzadziej spostrzegał u leczonych szaruchą. Opierając się na wynikach kilku tysięcy badań metodą Wassermanna, W. dochodzi do wniosku, że wcierania szaruchy skuteczniej od wstrzykiwań śródmięśniowych związków rtęci zwalczają objawy przymiotu i z naprzemian dokonywanemi śródżylnemi wlewaniami salwarsanu dają w ciągu jednego roku takie wyniki, jakich dawniej nie otrzymywaliśmy po całym szeregu lat najstaranniejszego leczenia przeciwprzymiotowego.

Kozerski zaznacza, że prelegent, jako klinicysta-obserwator, dochodzi do wniosku, iż najwłaściwszą postacią stosowania rtęci są wcierania. Ze swej obserwacyi K. podziela ten pogląd najzupełniej; sądzi jednak, że ujemne strony wstrzykiwań i dodatnie wcierań prelegent przedstawił nieco jednostronnie. Najprawdopodobniej leki swoiste nie tyle same zabijają krętki, ile pobudzają ustrój do wzmożonego wydzielania przeciwjadów. Duża dawka działa skuteczniej, niż mała, ale jedynie do pewnego stopnia. Gdy damy dawkę nadmierną lub nie w porę, szkodzimy. Prawdopodobnie nie każdy ustrój ma jednakowe zdolności obronne i niezawsze jest jednakowo przygotowany do walki. Należy przypuszczać, że ustrój może wydać z siebie tylko pewną ilość antytoksyny w danym czasie i przez całe życie. Jeżeli w początku przymiotu mamy do czynienia z licznymi zarazkami i świeżym ustrojem, powinniśmy i możemy działać na ustrój energicznie, strzegąc się jednak nadużycia. Gdy zaś przymiot długo trawił ustrój, gdy mamy do czynienia ze zmniejszonemi siłami obronnemi, powinniśmy działać łagodnie. Do tego stopniowania dowozu rtęci niewątpliwie najlepiej nadają się wcierania. To też powinniśmy je stosować przedewszystkiem w przypadkach przymiotu późnego, zwłaszcza w razie zajęcia układu nerwowego. Natomiast w przypadkach przymiotu świeżego leczenie zapomocą wstrzykiwania nierozpuszczalnych soli rtęci, w szczególności oleju szarego, może oddać usługi znakomite. Przytem tak wcierania, jak i wstrzykiwania, należy stosować umiejętnie. Wreszcie nie powinny być zarzucone wstrzykiwania soli rozpuszczalnych, kiedy działanie rtęci ma być nagłe, kiedy przymiot dotknął narządu ważnego.

Stan. Kopczyński na podstawie kilkuset spostrzeżeń nad wiądem rdzenia jest zwolennikiem wcierań.

T. Borzęcki.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

Program prac II. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich, mającego się odbyć pomiędzy 15. a 20. grudnia b. r. w Krakowie, przedstawia się wobec zgłoszeń, jakie komitet organizacyjny dotychczas otrzymał, w sposób następujący:

I. Metoda psychoanalityczna: Prof. Bandrowski (Lwów) »Psychoanaliza wobec podstawowych teoryj psychologicznych«, St. Borowiecki (Kraków) »Psychoanaliza i jej kryterya«, L. Jekels (Bystra) »Libido sexualis a charakter i neuroza«, L. Karpińska (Zakopane) »Psychologiczne podstawy Freudyzmu«, Doc. W. Radecki (Genewa) »Pierwiastki psychologiczne w psychoanalizie«.

II. Zjawiska psychoelektryczne: Doc. W. Radecki (Genewa) »Zjawiska psychoelektryczne«, wykład z pracowni fizyologicznej Prof. N. Cybulskiego, L. Karpińska (Zakopane) »Kojarzenia łańcuchowe przy zastosowaniu prądu galwanicznego«.

III. Nowe metody badania narządu przedsionkowego: J. Berlstein (Lwów) »Badanie i funkcya błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych (część otologiczna«, Rothfeld (Lwów) »Fizyologia narządu przedsionkowego i jej znaczenie dla rozpoznania chorób układu nerwowego«, Rothfeld (Lwów), Reich (Wiedeń) i Doc. Bárány (Wiedeń) »Wpływ wyłączenia pojedynczych części móżdżka na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego«.

IV. Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatryi: Doc. J. Hornowski (Lwów) »Dane z anatomii, embryologii, histologii prawidłowej i patologicznej gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, mające związek z chorobami nerwowemi i umysłowemi«, Prof. L. Popielski (Lwów) »Wewnętrzne wydzielanie w świetle eksperymentów«, Doc. K. Orzechowski (Lwów) »Choroby nerwowe a wewnętrzne wydzielanie«, W. Ziembicki »Obrazy kliniczne w schorzeniach przysadki mózgowej«, T. Simchowicz (Warszawa) »O zmianach histologicznych w ustroju nerwowym, zależnych od zatrucia tyreoidyną«, W. Sterling (Warszawa) »Studya kliniczne nad t. zw. eunuchoidami«, w dyskusyi Dr Bychowski (Warszawa).

Wśród odczytów luźnych kilka poświęconych stanowi opieki nad umysłowo chorymi u nas i zagranicą: S. Kopciński (Warszawa) »O szpitalach dla obłąkanych w Królestwie Polskiem i wewnętrznej ich organizacyi«, Doc. J. Mazurkiewicz »Stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi, Doc. E. Katzen-Ellenbogen (Shillman-Ameryka) »O obecnym stanie psychiatryi w Ameryce«.

Z zakresu anatomii patologicznej kory mózgowej zgłosił odczyt T. Simchowicz (Warszawa) »O zmianach histologicznych w korze mózgowej w chorobie Alzheimera« i W. Grzywo-Dąbrowski (Łódź-Kochanówka) »W sprawie anatomii patologicznej stanu padaczkowego (status epilepticus)«.

Szereg pozostałych odczytów luźnych przedstawia się jak następuje: Dr Sabat (Lwów) »Promienie Roentgena w usługach neurologii«, Dr Sabat (Lwów) »Wyniki rentgenologicznego badania epileptyków« (z demonstracyami), Doc. K. Orzechowski (Lwów) i Dr Meisels (Lwów) »Hematologia w epilepsyi«, T. Łapiński (Warszawa) »Padaczka a psychozy«, Doc. E. Katzen-Ellenbogen (Shillman-Ameryka) »Psychologia epileptyków«, W. Sterling (Warszawa) »Uwagi o mechanizmie psychologicznym zespołu Korsakowa«, J. Feuerstein (Lwów) »Cyklotymia«, Dr Mikulski (Lwów-Kulparków) »O alkoholizmie w psychiatryi«, Doc. J. Mazurkiewicz (Kraków) »O afazyi gestowej i apraksyi«, Z. Bychowski (Warszawa) i Dr Kaumen (Warszawa) »Kilka uwag w sprawie rozpoznawania i leczenia nowotworów mózgu (z pokazem preparatów)«, J. Landau (Kraków) »O kilku operowanych przypadkach guzów mózgu na podstawie materyału kliniki krakowskiej«, Prof. St. Ciechanowski (Kraków) i J. Landau (Kraków) »Meningitis cystica«, D. Flatau (Warszawa) i J. Handelsman (Warszawa) »Badania doświadczalne nad zapaleniem mózgowo-rdzeniowem ze specyalnem uwzględnieniem t. zw. drętwicy karku«, M. Bornstein (Warszawa) »Badania doświadczalne i anatomo-patologiczne nad uciskiem rdzenia«, J. Rothstadt (Warszawa) »O cystologii płynu mózgowo-rdzeniowego w warunkach normalnych i patologicznych«, W. Sterling (Warszawa) »Badania doświadczalne i kliniczne nad porażeniami powstającemi w przebiegu szczepień Pasteurowskich«, J. Feuerstein (Lwów) »Radiculitis« St. Rosenthal (Heidelberg) »Przyczynki do badań nad histologią splotów naczyniowych mózgu«, Doc. K. Orzechowski (Lwów) i Doc. J. Hornowski (Lwów) »Mongolizm u idyotki«, Dr Demionowski (Lwów) »Znaczenie objawu Trousseau w nerwicach«.

Przypuszczać należy, że ten już dzisiaj bogaty program

Zjazdu rozszerzy się jeszcze bardziej wobec tego, że termin zgłaszania odczytów upływa dopiero z końcem września.

Komitet organizacyjny Zjazdu:
Przewodniczący: Prof. Dr J. Piltz, członkowie komitetu: Prof. Dr W. Heinrich i Dr A. Rydel, sekretarz: Dr St. Borowiecki.

Udział lekarzy polskich w międzynarodowym Zjeździe pedyatrów w Paryżu.

Przed kilku laty powstała w Paryżu myśl zawiązania międzynarodowego Towarzystwa pedyatrów (L'association de pédiatrie), mającego na celu porozumiewanie się w sprawach, tego działu nauki dotyczących, urządzanie zjazdów i t. d. Wnioskodawcy zwrócili się do wszystkich narodowości z propozycyą tworzenia sekcyi narodowych. Myśl tę przyjęto i u nas przychylnie; utworzono sekcyę polską, do której wpisało się dotychczas około 50 członków pedyatrów polskich.

W dniu 7. 8. 9. października b. r. odbędzie się w Paryżu pierwszy Zjazd międzynarodowy. Sekcya polska reprezentowana będzie na tym Zjeździe przez dwu delegatów, tj. przez Dra J. Brudzińskiego (Warszawa) i prof. Dra J. Raczyńskiego (Lwów), którym przyznano wszelkie prawa delegatów narodowości.

Znając trudności, jakie stale spotykają naszą narodowość w utworzeniu osobnej sekcyi na zjazdach międzynarodowych, należy wyrazić uznanie komitetowi urządzającemu Zjazd, ale również i złożyć dowody, że upominając się o nasze prawa, przynosimy też swoją pracę do wspólnego dorobku naukowego.

Dlatego też Zarząd Sekcyi polskiej zwraca się z gorącą prośbą do wszystkich lekarzy polskich, w szczególności do lekarzy chorób dzieci, aby zechcieli wpisywać się na członków Sekcyi polskiej międzynarodowego Towarzystwa pedyatrów, a jaknajliczniejszym udziałem czynnym w Zjeździe i zgłoszeniem wykładów złożyli dowody, że nauka polska idzie równym krokiem z postępem nauk lekarskich na zachodzie.

Jako główne tematy zapowiedziane są na obecny Zjazd: 1) anemie wieku dziecięcego, 2) ostre porażenia rdzeniowe dziecięce. Przyjęte też być mogą wykłady na temat dowolny.

Opłata członka Towarzystwa międzynarodowego pedyatrów wynosi 10 fr. rocznie, z czego 80% zostaje wniesione do kasy Towarzystwa na tegoż cele, 20% zachowane być mają na wydatki każdej sekcyi narodowej. Członkowie Towarzystwa międzynarodowego nie opłacają osobnej wkładki zjazdowej. Francuskie koleje udzieliły członkom Zjazdu znacznych zniżek cen jazdy.

Wpisywać się i zgłaszać odczyty można do 28 sierpnia u Dra Brudzińskiego w Warszawie (Włodzimierska 9), u Prof. Dra Ks. Lewkowicza w Krakowie (Krowoderska 25) i u Prof. Dra J. Raczyńskiego we Lwowie (Romanowicza 5).



Dr Edmund Neusser.

Dnia 30. lipca b. r. zakończył życie po długiej a ciężkiej chorobie profesor Wydziału lekarskiego w Wiedniu, radca dworu, Dr Edmund Neusser. Przez zgon tego męża nauki ponosi niepowetowaną stratę nietylko Uniwersytet wiedeński, ale zarazem i cały świat naukowy lekarski, a tem samem ponosimy ją i my, tracąc przytem w Neusserze rodaka, który swą pracą na polu nauki umiał sobie zyskać zasłużone uznanie w świecie lekarskim poza granicami naszego kraju.

Ś. p. Edmund Neusser urodził się r. 1852 w Swoszowicach pod Krakowem, gdzie ojciec Jego miał posadę w rządowych kopalniach siarki. Ukończywszy gimnazyum r. 1871 w Krakowie, wstąpił na nasz Wydział lekarski w Krakowie i przebył na nim pierwsze trzy lata, złożywszy tamże pierwsze rygorozum. W r. 1874 zamknięto kopalnie swoszowickie i ojca Jego przeniesiono do kopalni rządowych w Czechach, skutkiem czego i On sam przeniósł się na dalsze studya do Wiednia, gdzie też uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich r. 1877.

Kto znał bliżej ś. p. Neussera i stykał się z Nim częściej za Jego czasów studenckich, tego musiały uderzyć Jego zdolności, Jego pamięć, zamiłowanie do pracy i Jego niezwykła bystrość umysłowa. To też zjednał On sobie pod tym względem jak najlepszą opinię u swoich kolegów, a po odbytym egzaminie także i u swoich profesorów krakowskich. To samo było i w Wiedniu, gdzie po doktoracie pracował naprzód jako praktykant na klinice chorób wewnętrznych prof. Ducheka, a następnie jako sekundaryusz na oddziale wewnętrznym prof. Draschego, a tam nietylko u swoich szpitalnych kolegów, ale i u swoich przełożonych pod względem swej wiedzy i swych zdolności jak najlepszą sobie wyrobił opinię.

Neusser oddał się głównie studyum medycyny wewnętrznej, a do tego miał tak rozległe podstawowe wiadomości, jak się bardzo rzadko spotyka. Oprócz bowiem gruntownej znajomości przedmiotów ściśle lekarskich, jak anatomii normalnej i patologicznej, fizyologii i patologii doświadczalnej, znał On także dobrze chemię i fizykę, a przytem dobrze był obyty z mikroskopem, co Mu samodzielne studyum i badanie w każdym kierunku ułatwiało. Miarą Jego zamiłowania do nauki jest to, że chociaż po śmierci ojca pozbawiony był po uzyskaniu doktoratu wszelkiej pomocy, nie opuścił jednak Wiednia, aby módz, pracując o własnych siłach, choćby w ciężkich warunkach bytu, kształcić się dalej naukowo.

Poznano się też na Nim i przy nadarzonej sposobności powierzono Jego pieczy ciężko chorego księcia Koburg, ojca dzisiejszego króla bułgarskiego Ferdynanda, by Mu przez to przyjść z pomocą. Neusser pozostawiony tam był właściwie w charakterze pielęgnującego, który nie powinien »męczyć« chorego księcia badaniem, lecz spełniać tylko polecenia lekarzy prowadzących kuracyę, którzy od czasu do czasu wzywali prof. Bambergera na konsylium. To też Neusser mógł zaledwie ukradkiem tylko od czasu do czasu zbadać chorego częściowo tylko przez krótką chwilę i z tego dopiero mógł sobie o chorobie jego własne wyobrażenie wytworzyć. Wyzyskał On jednak wszelką po temu sposobność i poznał stan chorego dokładnie, poczem nieraz zwracał uwagę rodziny na zmiany w przebiegu choroby i zachodzące na razie niebezpieczeństwo. Te uwagi Neussera znalazły zawsze potwierdzenie tak ze strony Bambergera, jako też w dalszym przebiegu choroby, tak że Neusser zyskał sobie przez to jaknajlepszą opinię u Bambergera, któremu dotąd nie był znany, a zarazem i zupełne zaufanie u rodziny chorego. Z owego to czasu pochodzi stosunek Neussera do księcia, później króla bułgarskiego, który był szczery i ciepły, a trwał aż do śmierci Neussera, na którego pogrzebie i król Ferdynand był obecny. Miał on takie zaufanie do Neussera, że Mu później chciał powierzyć utworzenie w Sofii wydziału lekarskiego, w którymby Neusser objął klinikę wewnętrzną i w tym celu sprowadził Go do siebie po Jego ustąpieniu z asystentury na klinice wewnętrznej.

Po śmierci księcia Koburg udał się Neusser do Strassburga, gdzie obok kliniki pracował głównie w zakresie anatomii patologicznej u Recklinghausena, a następnie wyjechał do Paryża, by obok innych studyów pracować w neurologii pod kierunkiem Charcota. Po powrocie z Paryża zostaje Neusser asystentem w klinice Bambergera, gdzie pracując pięć lat, zyskuje sobie niebawem w całej pełni zaufanie swego szefa, którego później zastępuje w prowadzeniu kliniki podczas jego choroby, a następnie przez pół roku po jego śmierci. W owym to czasie zyskał sobie Neusser opinię znakomitego dyagnosty, a zyskał ją przedewszystkiem w Zakładzie anatomii patologicznej, w którym sekcye ze szpitala i z klinik wykonywano. Po ustąpieniu z asystentury spędza Neusser parę miesięcy w Sofii u księcia Ferdynanda, a po powrocie habilituje się na docenta chorób wewnętrznych w szpitalu Rudolfa, co Mu dalszą naukową pracę w dziedzinie tych chorób umożliwia. Po śmierci prof. Kahlera, następcy Bambergera, obejmuje Neusser po nim klinikę wewnętrzną jako profesor zwyczajny r. 1893 i pracuje na niej aż do ostatniego roku szkolnego tak w kierunku naukowym, jak i dydaktycznym z całą energią i zapałem.

W działalności swej na klinice zasłynął Neusser wkrótce jako znakomity dyagnosta, a zarazem jako klinicysta o głębokiej wiedzy, wielkiem doświadczeniu i nader krytycznym umyśle. Kładł On zawsze wielką wagę na to, że lekarz ma przed sobą nietylko chory narząd, ale zarazem cały ustrój, którego dokładne poznanie jest nieodzownie potrzebne. To też wkrótce po pierwszych pracach Ehrlicha zajął się Neusser gorliwie hematologią i umiał ją w celach klinicznych wyzyskać jak najszerzej. Pamiętne są mi zdawna Jego słowa, że różne leukocyty, w różnych miejscach wytworzone, spotykają się we krwi tak, jak agenci różnych firm handlowych na targu, że więc z ilości i ze stanu tych agentów o stanie firm wnosić można. W ten sposób

dokładne badanie krwi dało Neusserowi nieraz ważne wskazówki dyagnostyczne, którym zawdzięczał trafne rozpoznanie w przypadkach, które się czasem zupełnie ciemnymi wydawały. Obok studyum hematologii obeznał się Neusser dobrze i z bakteryologią, pracując w niej prawie w samych początkach jej rozwoju. Śledził też bacznie postępy w dziedzinie chemii fizyologicznej, a sprawa przemiany materyi w ustroju tak w stanie zdrowia, jak i pod wpływem czynników patologicznych żywo Go zawsze interesowała. Wykłady Jego wysoko były cenione zwłaszcza przez tych, którzy nie szukali samych elementarnych wiadomości, lecz mając już odpowiednie podstawy, potrzebowali kierunku do dalszej samodzielnej pracy naukowej. To też przedewszystkiem młodzi lekarze, pracujacy pod kierunkiem Neussera, tak za czasów Jego asystentury u Bambergera, jak i za czasów Jego prymaryatu, a potem na klinice, wyrażali się o Nim z pełnem uznaniem, a nieraz z prawdziwym entuzyazmem.

Z tego, co powyżej podano, łatwo pojąć, że Neusser, pracując tyle, szukając nowych nabytków wiedzy w tak różnych kierunkach, a po zdobyciu ich rozbierając je krytycznie i kontrolując ich istotną wartość, stwierdzając doświadczalnie słuszność własnych poglądów, a nieraz myśli na wskróś oryginalnych wielkiej wagi, musiał temu poświęcać tyle czasu, że Mu go nie wiele do pisania prac naukowych zostawało. Działał On podobnie, jak niegdyś Oppolzer a u nas Chałubiński, więcej słowem, niż piórem. Był przytem przeciwnikiem pisania o tem, o czem z całą pewnością przekonanym jeszcze nie był, a w każdej nauce rozwijającej się i postępującej zagadnienia takie się znajdą. Łatwiej w wykładzie, poruszając tego rodzaju sprawy, podnieść brak pewności i przedstawić własne mniemanie; w piśmie jednak chciałoby się już coś pewniejszego módz podać, a odczuwał to w całej pełni Neusser, będący przy wielkiej bystrości i bujnym polocie swej myśli na wskróś rzeczowym ścisłym badaczem. To też nie pisał On wiele, to jednak, co pisał, ma rzeczywistą i wielką naukową i praktyczną wartość w medycynie, jak Mu to wszyscy kompetentni w tym względzie przyznają. Do najdawniejszych prac Neussera należy studyum o pelagrze, którą umyślnie w jej ojczyźnie t. j. w Krainie i Rumunii badał. Następnie pisał w dziele zbiorowem Nothnagla o chorobach nadnercza, w »Deutsche Klinik« o kamieniach żółciowych, a prócz tego o »Angina pectoris«, »Bradycardia et tachycardia«, »Dyspnoë et cyanosis« i »Status thymicolymphaticus«. Rozpoczął też systematyczne dzieło o klinicznej symptomatologii i dyagnostyce, które jednak z powodu Jego choroby i śmierci dokończone nie zostało. Pisał też o barwikach żółci i moczu, zajmował się działaniem radu i przyczynił się wiele do uznania wartości leczniczej kąpieli w Joachimsthal. W ostatnich latach zajął się więcej gruźlicą, by szukać ratunku, zwłaszcza dla młodych ustrojów przez nią zagrożonych.

Przy całym zapale do medycyny unikał jednak Neusser prywatnej praktyki, choć ona wielkie dochody przynieśćby Mu mogła. To też jako kawaler mieszkał na końcu miasta, pod dworcem kolei południowej, gdzie już nie łatwo chory prywatny do niegoby trafił. Po ożenieniu się dopiero przeniósł się do miasta i tu jednak ograniczał swą prywatną praktykę, o ile się dało, by mieć jak najwięcej czasu do poświęcania się nauce. W wolnych chwilach grywał czasami na fortepianie, a chociaż pod tym względem był prawie samoukiem, choć tak dobrze w czasie studyów, jak i później z powodu swych zajęć mało czasu fortepianowi mógł poświęcić, to jednak i na tem polu osiągnął wielką biegłość, zwłaszcza w utworach, które lubił i którymi się całkowicie przejmował. Do Jego ulubionych należały utwory Chopina, które grywał z takiem czuciem i przejęciem, jakie nie łatwo u znacznie bieglejszych od niego w technice muzycznej spotkać było można. Była to pod tym względem dusza prawdziwie artystyczna obok umysłu niezwykle bystrego, ale zarazem trzeźwego i krytycznego w badaniach naukowych. Przytem był to charakter pod każdym względem nieposzlakowany; był to człowiek oddany nauce, żyjący nauką i zdolny do wszelkich dla nauki poświęceń. To też pozostał On po doktoracie w Wiedniu, by pracować naukowo wśród ciężkich warunków bytu, a później rezygnował z bardzo intratnej praktyki, jaką mógł mieć, byle tylko nie mieć przeszkody w pracy naukowej. W stosunku z kolegami był zawsze szczerym i serdecznym, a zarazem zawsze gotowym do rady i pomocy w razie potrzeby. To też zdobył On sobie obok uznania w świecie naukowym szczerą sympatyę u tych, co Go bliżej poznali, a wśród nich także i prawdziwych przyjaciół.

Takim był Neusser i tak pracował, dopóki Mu zdrowie pozwoliło. Z wiosną r. 1911 zaczęło się jednak u Niego rozwijać cierpienie w okolicy prawej nerki, która dawniej już była wymacalna. Niebawem rozpoznał sam swą chorobę jako raka nerki, a w październiku 1911 dokonano u Niego wyjęcia nerki prawej, doszczętne usunięcie nowotworu nie było już jednak możliwe. Po dokonanej operacyi przedstawiono Neusserowi inną, tegoż dnia wyjętą nerkę, aby w ten sposób zbić Jego rozpoznanie i nie mogąc choroby usunąć doszczętnie, wzbudzić w chorym przynajmniej dobrą nadzieję. Podobno zrazu Neusser nie chciał wierzyć, że to tasama nerka, w końcu dał się jednak przekonać, ale jak się zdaje nie na długo. Cierpienie, usunięte na razie tylko częściowo przez operacyę, postępowało dalej, wywołując wzmagające się bóle, które uśmierzać trzeba było. W końcu uległ ś. p. Neusser swemu cierpieniu 30. VII. b. r. w Fischau, niedaleko Wiednia, gdzie od dłuższego czasu po operacyi już stale pozostawał. Śmierć Jego, jako bolesną stratę odczuwają wszyscy, którzy Go bliżej znali, a przedewszystkiem ci, co z nim węzłem prawdziwej przyjaźni byli połączeni. Ogromną stratę ponosi też i cały świat naukowy lekarski, traci bowiem w Neusserze nietylko zasłużonego w nauce męża, ale zarazem męża, z którego działalności wiele jeszcze dla nauki można było oczekiwać.

Pieniążek.

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek. przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« rozpoczął ferye; w sprawach redakcyjnych zastępuje go Prof. Dr K. W. Majewski (Dunajewskiego 6).

— Prof. Dr Stanisław Ciechanowski otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. VIII. do 17. VIII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych 2 † 2), ospy wietrznej 4, płonicy 7 † 1 (3 † 2), duru brzusznego 6 † 1 (2 † —), czerwonki 94 † 9 (9 † 1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 5. VIII. do 12. VIII. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Projekt nowej ustawy karnej wniósł rząd do austryackiej Izby panów. Projekt ten zawiera szereg postanowień, ze stanowiska lekarskiego zasługujących na uznanie. I tak za staraniem psychiatrów zdefiniowano ściślej pojęcie poczytalności; poddano postanowieniom ustawy karnej nadużycia co do pracy nieletnich robotników i kobiet; partactwo lecznicze będzie karane nietylko, jeżeli jest wykonywane jako sposób zarobkowania (erwerbsmässig), ale jeżeli jest zawodowe (berufsmässig), a takie postanowienie ustawy ułatwi walkę z niem znacznie; przymus niesienia pomocy lekarskiej o tyle będzie ograniczony, jeżeli wskutek odmowy tej pomocy wynikła szkoda na zdrowiu; obowiązek donoszenia o podejrzanych przypadkach choroby i śmierci, istniejący dotychczas w ustawie karnej, obecnie z niej usunięto.

Mianowani: Prof. Alzheimer z Monachium dyrektorem kliniki psychiatrycznej we Wrocławiu; Prof. Gaupp z Fryburga profesorem anatomii w Królewcu, Dr Sabrazès profesorem anat. patolog. w Bordeaux.

Dr Maryan Bielatowicz i Dr Wiktor Giełczyński asystentami sanitarnymi w państwowej służbie zdrowia w Galicyi.

Zmarli: chirurg doc. Zuppinger w Zürichu, laryngolog berliński Prof. Rosenberg w Szwajcaryi, okulista Prof. Eversbusch w Monachium, b. prof. anatomii i fizyologii w Lozannie Forel.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LI. Kraków, dnia 31. sierpnia 1912. Nr 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Zjawisko współzlepiania występuje i w odczynie Pfeiffera, t. j. pokrewne durowi laseczniki ulegają wpływowi surowicy uodpornionej przeciwko durowi, przeto też odczyn Pfeiffera nie posiada bezwzględnej siły dowodowej. Jednakże z doświadczeń Pffeiffera wynika, że wstrzykiwanie surowicy uodpornionej chroni zwierzęta użyte do doświadczenia od zakażenia durem. To samo zjawisko występuje i u ludzi po przebytym durze, t. j. zarazek martwy czy żywy wywołuje w surowicy krwi właściwości uodporniające na pewien czas, po największej części na całe życie.

3) Trzecim sposobem jest odchylanie dopełniacza,

4) czwartym precypitacya,

5) piątym wytwarzanie opsonin czyli uczulających istot. Te ostatnie nie posiadają siły przekonywającej, gdyż Schottmüller znalazł opsoniny durowe we krwi ciężko chorych dzieci gruźliczych, które duru nie przechodziły.

W celach rozpoznawczych Chantemesse uciekał się do odczynu ocznego (oftalmoreakcyi) na wzór takiegoż przy gruźlicy. Również niektórzy stosowali pirquetyzacyę przy pomocy jadu durowego. Obydwie metody nie rozpowszechniły się.

Patogeneza.

Dur brzuszny nie jest bynajmniej wyłącznie chorobą jelit, lecz schorzeniem całego ustroju, to znaczy, iż l. durowy nie gnieździ się wyłącznie w jelitach, ale szerzy się w całym ustroju.

Schotmüller i inni stwierdzili, iż l. durowe krążą we krwi durowych od pierwszego dnia pojawienia się gorączki aż prawie do ostatnich dni gorączkowych. Tylko w bardzo nielicznych przypadkach nie udało się l. durowego wyhodować ze krwi, albo dlatego, że użyto za mało krwi do badania (mniej niż 20 cm), albo też było mało we krwi laseczników, lub też znajdowały się one w stanie jakby odurzenia, letargu, straciwszy zdolność rozwijania się i wyrastania na podłożach.

Ilość laseczników, krążących we krwi, ulega wahaniom. Schottmüller znalazł w 10 cm krwi jednego chorego 200 laseczników, zaś Schaffer 872 w $1^1/_2$ cm.

Wogóle rzec można, że ilość laseczników, krążących we krwi, znajduje się w prostym stosunku do wysokości gorączki i ciężkości przebiegu. W okresie gorączki zwalniającej albo przepuszczającej rzadziej udaje się je wykryć. Natomiast można je znaleźć nawet w chwilach przelotnych gorączek w okresie zdrowienia.

Według Schottmüllera ilość l. durowych u tego samego chorego ulega wahaniom w przeciągu jednego dnia. Z największą ostrożnością można zużytkować wyniki badań co do ilości l. durowych w rokowaniu. Wahania w zawartości l. durowych przebiegają równolegle do wahań ciepłoty. Nieustannie wzmagający się przyrost l. durowych stwierdził Schottmüller w przypadkach, zakończonych śmiercią. W okresie bezgorączkowym tenże Schottmüller nigdy nie znajdował l. durowych, co uważa za prawidło; podaje w wątpliwość tym sposobem wyniki badań w tym kierunku Meyera, Conradiego i Reiner-Müllera. W przypadkach powyższych częste mierzenie ciepłoty wykazałoby niewątpliwie od czasu do czasu jej podniesienie, coby tłomaczyło obecność laseczników we krwi. Również wątpliwem wydaje się badanie Forstera, który wykrył l. durowe w okresie wylęgania, t. j. u osób pozornie zdrowych, (stykających się z durowymi osobnikami), które później na dur zapadły.

Można zgodnie z dotychczasowemi badaniami stwierdzić, iż gorączka w durze jest równoznaczną z obecnością l. durowych we krwi, w okresie zaś bezgorączkowym zarazków we krwi brak. Podczas zaostrzeń lub nawrotów z taką samą prawidłowością wracają l. durowe do krwi.

Schottmüller stwierdził obecność l. durowych we krwi durowych w 88% przypadków, Kayser zaś w 100%.

W krążącej krwi l. durowe nie rozmnażają się, raczej giną wskutek bakteryobójczej własności krwi żywej (krążącej). Natomiast po śmierci krew zupełnie traci powyższą właściwość.

A więc obecność l. durowych we krwi krążącej znamionuje zakażenie durowe.

Z tego punktu widzenia jest sprawą obojętną pod względem etyologicznym, czy klinicysta lub anatomopatolog stwierdzą obecność znamiennych dla duru objawów lub zmian anatomo-patologicznych.

Przedostanie się bowiem l. durowych do krwi bynajmniej nie jest dla ustroju sprawą obojętną, lecz prze-

ciwnie oznacza zachorowanie — zakażenie. Od tej też chwili datuje się gorączka, czyli jeden z pierwszych objawów durowych. Naturalnie jednocześnie obok duru istnieć może inne cierpienie, n. p. gruźlica; lub też wystąpić może wspólnie z durem inna choroba, jako mieszane zakażenie: z paciorkowcami (mam podobny przypadek w szpitalu), pneumokokiem, gronkowcem, l. okrężnicy, b. tetragenes, paratyphi lub odmieńcem (przypadek Kossaka i Fidlera). Niekiedy do duru przyłączają się ostre choroby wysypkowe, jak odra. Również stwierdzono powikłanie duru przez cholerę, czerwonkę (przypadek Kossaka), błonicę, zimnicę i t. p. Bardzo poważną rolę grają wtórne zakażenia przez pasorzyty ropne, a więc posocznica. Niekiedy przyłącza się róża.

Paciorkowiec przedostaje się do krwi durowych z błon śluzowych. Oprócz bakteryemii występują przerzuty; — przebieg duru staje się cięższym.

Posocznica pneumokokowa występuje w przebiegu powikłania duru przez zapalenie płuc włóknikowe; — zejście jest prawie zawsze śmiertelne.

Gronkowiec wędruje przez uszkodzone miejsca skóry, o które u durowych bardzo łatwo, i wywołuje swoisty dla siebie obraz chorobowy: petocie, ropnie, pęcherzyki wypełnione ropą, leukocytozę, żółtaczkę i zapalenie wsierdzia. Przebieg ciepłoty ulega zmianie: dreszcze, wysoka gorączka o typie stałym lub przepuszczającym. Również l. okrężnicy może wikłać dur i wywoływać swoistą posocznicę (colibacillosis). Port opisuje przypadek, w którym ta ostatnia wystąpiła wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego podczas duru i następnego wytworzenia się ropni w wątrobie, Otten zaś przypadek, w którym wystąpiła wskutek obecności zapalenia nerek i miedniczek nerkowych pochodzenia okrężnicowego (colipyelonephritis). Dur zaś ze swej strony może wikłać inne choroby, jak ksztusiec, posocznicę gonokokową i t. p.

Obecność l. durowego we krwi dowodzi, że tenże w innych narządach gnieździ się lub gnieździć może. Do nich zostaje lasecznik przeniesiony przez prąd krwi, w nich pozostaje i rozmnaża się. Powszechnie wiadomo, iż l. durowy znajduje się w kale chorych durowych. Ilość jego jest zmienną, zależnie od okresu choroby. W odróżnieniu od cholery, w której stale pod drobnowidem w kale chorego stwierdzić można przecinkowce, w durze brzusznym nie w każdym okresie choroby można l. durowe znaleźć w kale w większej ilości. Szczegółowe badania wykazały, że w pierwszych dniach choroby l. durowe są obecne w kale w 15·6% przypadków, w drugim tygodniu w 23·4%, w trzecim w 33%, a w 4. aż do 10. tygodnia w 10%. Górny odcinek obfituje w mnóstwo laseczników durowych, zaś w dolnym jest ich znacznie mniej; w okrężnicy jest ich bardzo mało, w górnej części jelita czczego dość dużo, w dwunastnicy zaś i żołądku są prawie w czystej hodowli. Również znajdowano je w przełyku i nierzadko w gardle.

Względnie małą zawartość l. durowych w dolnym odcinku jelit (w okrężnicy) można jedynie objaśnić antagonizmem, jaki zachodzi pomiędzy l. okrężnicy, a l. durowym. Pierwszy pokonywa drugi. Jako dowód niech posłuży następujące spostrzeżenie i doświadczenie Schottmüllera. Długotrwała bakteriurya z l. durowym znikała, gdy przypadkowo pęcherz został zakażony przez l. okrężnicy. W mieszanej hodowli z obydwu gatunków l. durowe ginęły. Otóż współżycie z l. okrężnicy wypiera l. durowego z zawartości jelit. Okresowe pojawianie się l. durowego w kale chorych zależy od domieszek z owrzodzeń jelitowych, gdyż gruczoły chłonne jelit i krezki stale zawierają l. durowe w znacznej ilości. W chwili rozpadania się kęp Peyera, ew. gruczołów, laseczniki obficie pojawiają się w wydzielinach jelitowych.

Na obecności l. durowych w kale nie możemy opierać rozpoznania duru brzusznego, gdyż l. durowe mogą przechodzić przez jelita, nie wywołując zakażenia ustroju. Łącznie z objawami klinicznymi obecność lasecznika durowego w kale stwierdza rozpoznanie. Należy jednak pamiętać o możliwych pomyłkach, gdyż sprawa, tocząca się w ustroju, może zależeć od innego zakażenia, a w kale znajdziemy l. durowe. Wydzielają się one również przez mocz w posuniętych okresach choroby nawet w stanie bezgorączkowym, t. j. wtedy, gdy już znikły ze krwi.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Etyologia, patologia i leczenie gruźlicy narządu słuchowego.

(Wykład na VII. międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym dnia 17. kwietnia 1912 w Rzymie).

Podał

R. Spira.

(Dokończenie).

Ciekawą postać chorobową opisuje Möller. Obniżenie bystrości słuchu, obraz błony bębenkowej podobny jak w ostrem wysiękowem zapaleniu ucha środkowego, tylko zabarwienie jest więcej biało-żółte z licznemi nastrzykanemi naczyniami promienistemi. Przy przekłuciu okazuje się błona uderzająco zgrubiałą, twardą, w jamie bębenkowej niema wysięku. Na drugi dzień otwór w błonie wygojony. Objawy te utrzymują się tygodniami lub miesiącami, poczem sprawa albo się cofa albo postępuje dalej i powstaje jedno albo kilka owrzodzeń z dnem słoninowatem. Ten »rozlany gruźliczy naciek błony bębenkowej« oznacza Möller nazwą: »Myringitis tuberculosa diffusa«, wskazując na to, że w tej sprawie istnieje także gruźliczy naciek błony śluzowej jamy bębenkowej.

W odosobnionej gruźlicy błony bębenkowej z jej przedziurawieniem polecano przypalenie brzegów ubytku galwanokauterem lub ich wycięcie. Do usuwania guzów gruźliczych (gruźliczaków-tuberculoma) na błonie poleca Nager zastosowanie pasty arszenikowej zapomocą delikatnych tamponików z waty.

Gruźlica na błonie śluzowej trąbki Eustachiusza zdarza się w postaci wrzodów gruźliczych. Powstają one przez zetknięcie się błony śluzowej z plwocinami gruźliczemi, podobnie jak gruźlica krtani. Często znajduje się równocześnie gruźlica jamy bębenkowej, wrzody w jamie nosowo-gardłowej, skąd sprawa może także przez ciągłość (per continuitatem) rozszerzyć się na trąbkę i wywołać zniszczenie jej gardłowego ujścia. Pierwotne gruźlicze zapalenie trąbki należy do rzadkości i może powstać przez przeniesienie zarazka z powietrzem.

Wyrostek sutkowy ulega gruźlicy po największej części wtórorzędnie, jako powikłanie zmian jamy bębenkowej. Gruźlica wyrostka może przebiegać całkiem skrycie, bez zmian zewnętrznych, bez obrzmienia okostnej, bez bolesności. Należy się jej spodziewać, jeżeli przy istniejących su-

chotach ropienie uszne wśród niszczenia błony przeciąga się, jeżeli zgłębnikiem natrafia się w jamie bębenkowej na obnażoną kość, jeżeli w przewodzie słuchowym zewnętrznym lub na innych miejscach części sutkowej pojawiają się przetoki, martwaki, jeżeli występują objawy porażenia twarzy lub zajęcia błędnika. Według Hauga jako pierwszy objaw tej choroby pojawia się gruźlica gruczołu chłonnego nad wyrostkiem. Sprawa ta szerzy się szybko na otoczenie, na kość skroniową aż do kości jarzmowej, na kość skalistą i może nawet dotknąć kość skalistą drugiej strony. Często rozwija się zapalenie okostnej, nawet przebicie się na zewnątrz lub przez tylną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego. Znamiennem dla tej sprawy jest obustronne symetryczne wystąpienie zajęcia wyrostka w wieku dziecięcym. Przez zabieg chirurgiczny sprawa ta, nawet rozległa, daje się wyleczyć.

Gruźlica wyrostka sutkowego, poprzedzająca gruźlicę innych części narządu słuchowego, zdarza się rzadziej, niż następowa. Gruźlicę wyrostka przy prawidłowym stanie jamy bębenkowej opisali Siebenmann, Haug, Küster, Henrici i inni. Gruźlica wyrostka często przebiega z silnymi bólami neuralgicznymi i objawia się przez naciekły gruczoł chłonny, jako najwcześniejszy objaw. Zbadanie histologiczne takiego gruczołu wiedzie do trafnego rozpoznania. Zdaniem Knappa choroba ta stanowi cierpienie miejscowe, leczeniu dobrze przystępne, które przy zastosowaniu wskazanych zabiegów chirurgicznych ma wybitną skłonność do wygojenia się. Wtórorzędne powstanie takiej odosobnionej gruźlicy wyrostka należy pojmować jako przerzut, pochodzący ze zserowaciałych gruczołów śródpiersia, krezkowych lub w innych miejscach ciała. Za powstaniem choroby drogą krążenia krwi lub limfy przemawia brak gruźlicy płuc, jamy bębenkowej, krtani, gardła i nosa.

Samoistna gruźlica zdarza się w wyrostku sutkowym częściej, niż w innych częściach narządu słuchu, i to znacznie częściej u dzieci, niż u dorosłych. Zdaniem Henriciego około $^1/_5$ część wszystkich zapaleń wyrostka sutkowego u dzieci jest przyrody gruźliczej. Powstanie tej sprawy należy odnieść do wtargnięcia swoistych zarazków do świeżej rany na wyrostku lub kości skroniowej. Za przyrodą gruźliczą pierwotnego zapalenia wyrostka sutkowego przemawiają, według Henriciego, stan prawidłowy jamy bębenkowej, wiotkie brzegi i wiotkie blade ziarniny w ewentualnie istniejącej przetoce, ziarniniak gruźliczy w przewodzie usznym lub w otoczeniu ucha, gruczoł gruźliczy na wyrostku sutkowym, równoczesna gruźlica innych kości czaszki, dalej podczas operacyi uderzająca bladość kości, niedokrwienie i wiotkość ziarniny, wybitne zserowacenie i t. p. zmiany.

Gruźlica błędnika rozwija się również przeważnie następowo w toku gruźlicy ucha środkowego, po przebiciu okienek błędnikowych, wzgórka i t. p. Stąd sprawa może dalej przenieść się przez przewód słuchowy i na jamę czaszkową. Spostrzegano jednak także drogę odwrotną, mianowicie przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych szerzenie się sprawy z jamy czaszkowej drogą przewodu słuchowego wewnętrznego na ucho wewnętrzne i stąd na ucho środkowe. Gradenigo i Barnick spostrzegali gruźlicze zajęcie narządu słuchowego i ślimaka w przebiegu ostrej gruźlicy prosówkowej. Tu zakażenie błędnika nastąpiło drogą krwi; przypadki takie należą do rzadkości.

Zależnie od stanu ogólnego chorego przeważają w błędniku sprawy niszczące lub odczynowe. W pierwszym razie przychodzi do rozległego zniszczenia błędnika, w drugim może nastąpić wyleczenie.

Objawów podmiotowych przytem zwykle niema, z wyjątkiem podmiotowych wrażeń słuchowych i przytępienia słuchu, które bywają jedynymi objawami, wskazującymi na zajęcie błędnika.

Jak skrycie gruźlica błędnika przebiegać może, dowodzi jeden przypadek Baranyego, w którym w ciągu 6 tygodni nastąpiło zupełne zniszczenie błędnika, mimo, że przez cały czas obserwacyi chory nie miał żadnych objawów błędnikowych.

Aczkolwiek przyznać należy, że w przeważającej liczbie przypadków gruźlica narządu słuchu występuje wtórorzędnie i bywa przerzutem z ogniska, znajdującego się gdzieindziej w ustroju, powinno się przecież i o tem pamiętać, że, choć znacznie rzadziej, zdarzać się także może, iż odwrotnie pierwotna gruźlica narządu słuchu stanowi punkt wyjścia dla gruźlicy innych części ciała lub ogólnej. Wydzielina, zawierająca prątki gruźlicze, może dostawszy się z ucha do przewodu pokarmowego lub do dróg oddechowych, tam wywołać zmiany przez zetknięcie się z błoną śluzową. Innym razem sprawa uszna może po przebiciu się do sąsiedniego naczynia krwionośnego, n. p. do sąsiedniej zatoki żylnej, być źródłem rozsiania się gruźlicy w płucach i w całem ciele. Są także znane przypadki, w których zabiegi operacyjne na gruźlicą dotkniętym narządzie słuchu wywoływały gruźlicę ogólną. Wszelako przypadki takie są nadzwyczaj rzadkie i nie wolno każdej gruźlicy prosówkowej, przyłączającej się do gruźliczej sprawy usznej lub do operacyi na uchu, odnosić do takiej przyczyny. Istniejącej równocześnie ze sprawą uszną gruźlicy gruczołów oskrzelowych możnaby łatwo nie dopatrzeć. Skrycie dotychczas przebiegająca gruźlica płuc mogłaby stać się jawną dopiero po przystąpieniu choroby usznej nawet nie gruźliczej lub urazu operacyjnego. Tylko tam, gdzie po skrupulatnem, sumiennem i gruntownem badaniu można stanowczo wyłączyć wszelkie inne ognisko pierwotne, możnaby sprawie usznej jako pierwotnej przypisać rolę wywołującą wtórorzędną gruźlicę innego narządu ustroju.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Stanisław Domański: **Nerwica urazowa (neurosis traumatica), jej rozpoznanie i leczenie.** Kraków, 1912.

Jestto poważne dziełko, bardzo starannie pod względem zewnętrznej swej szaty wydane, mające na celu »przedstawienie obecnego stanu nauki o nerwicy urazowej dla lekarzy praktycznych«.

Cel ten autor osiąga w zupełności, dzieląc się w swej pracy z czytelnikiem nietylko cudzem, ale i własnem około 40-letniem doświadczeniem lekarskiem.

Autor stoi na stanowisku, że nerwica urazowa nie jest odrębną jednostką kliniczną, ale neurastenią lub histeryą (albo obrazem mieszanym obu tych nerwic), wywołaną przez uraz u osób z mniejszą, wrodzoną lub nabytą, odpornością układu nerwowego na szkodliwości zewnętrzne. Jako najczęstsze objawy nerwicy urazowej przytacza autor: objawy ze strony narządu krążenia, objawy psychiczne, drżenie rąk i języka, upośledzenie chodu, wzmożenie odruchów ścięgnowych, osobliwie rzepkowych. Objawy podmiotowe (ból i zawrót głowy, zboczenia w zakresie czucia) uważa autor — o ile one zasługują na wiarę, za popierające rozpoznanie nerwicy urazowej na podstawie objawów przedmiotowych. Według spostrzeżeń autora, obrażenia mechaniczne zostają nieraz w odwrotnym stosunku do objawów psychicznych.

Przy omawianiu rokowania autor słusznie przestrzega przed często zbyt daleko idącym naciskiem, jaki niektórzy autorowie niemieccy (n. p. Strümpell) kładą na okoliczność, czy chory na nerwicę urazową ma według obowiązujących ustaw prawo do wynagrodzenia szkody na zdrowiu, czy go niema. W tym drugim przypadku rokowanie jest takie, jak w zwykłej neurastenii i histeryi. U chorych, którzy mają prawo do wynagrodzenia, pożądliwość może przyczyniać się do dłuższego utrzymywania się objawów cho-

robowych, lecz zdarzają się także przypadki nietylko polepszenia, ale i całkowitego wyzdrowienia przed stanowczem załatwieniem sprawy. Słusznie też przestrzega autor kilkakrotnie, iż należy się wystrzegać uprzedzeń w jakimkolwiek kierunku. Rokowanie co do wyzdrowienia zupełnego uważa autor wogóle za wątpliwe, a za złe w tych przypadkach, w których »z nerwicy serca, a zatem ze zboczenia tylko czynnościowego rozwija się w razie długiego trwania przyspieszenia czynności, wada organiczna w postaci zwyrodnienia mięśnia sercowego z niepomyślnem zakończeniem, przyspieszenie stwardnienia tętnic ze znanymi skutkami, a mianowicie przedwczesnem zniedołężnieniem umysłowem (dementia praecox) i przedwczesnem starzeniem się (decrepitudo«). Z tego zdania autora wynika, że zapatrywanie jego na przedwczesne zniedołężnienie umysłowe różni się od zapatrywań innych autorów na tę postać chorobową.

Omawiając leczenie, podkreśla autor przedewszystkiem znaczenie środków zapobiegawczych, a następnie wielką doniosłość stopniowego powrotu do pracy.

Praca prof. Domańskiego wypełnia w zaszczytny dla autora sposób jedną z wielu dotkliwych luk w naszem piśmiennictwie neurologicznem i odda niewątpliwie rzetelne usługi tym, dla których jest przeznaczoną, t. j. lekarzom praktycznym. J. Mazurkiewicz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Hidaka: **Badania doświadczalne nad ilością bakteryi na skórze zdrowych i chorych na choroby skórne i nad wpływem niektórych środków na ilość bakteryi naskórnych.** (Med. Klinik, 1911, Nr 44). Z mnogich swych doświadczeń doszedł H. do następujących wniosków: Na skórze grzbietu ludzi zdrowych znajduje się średnio 1520 bakteryi na jednym centymetrze kwadratowym; na skórze twarzy bywa zwykle znacznie więcej bakteryi. U chorych na choroby skórne bywa na niezmienionych, niezajętych chorobą częściach skóry mniej więcej tyleż bakteryi, co u ludzi zdrowych. Wśród dorosłych obfituje bardziej w bakterye skóra mężczyzn niż kobiet; u dzieci do lat 14 znajduje się na skórze stosunkowo mało bateryi, po 14 roku życia tyleż, co u dorosłych. Znaczny wpływ na ilość bakteryi wywiera wydzielanie łoju skórnego; u ludzi ze skórą tłustą, gładką i u otyłych bakteryi jest znacznie mniej, niż u chudych, ze skórą szorstką i nie tłustą. Natomiast wydalanie potu odgrywa rolę znacznie mniejszą. Zatrudnienie i zawód nie wywierają wpływu na ilość bakteryi naskórnych. Zwykłe kąpiele oczyszczające w wodzie letniej z mydłem nie zmniejszają ilości bakteryi naskórnych, jeżeli po nich skóra nie została zlana czystą wodą; w pewnych warunkach po takich kąpielach (bez zlania czystą wodą) ilość bakteryi nawet wzrasta, szczególniej jeżeli w jednej wannie, tylko pospiesznie oczyszczanej, kąpie się tuż po sobie szereg osób. Naświetlanie promieniami Roentgena zmniejsza ilość bakteryi tylko nieznacznie, naświetlenie lampą kwarcową — dziesięciokrotnie, lampą awiolową — nie zmniejsza jej wcale. Pod opatrunkiem z maści (lanolina lub waselina bez dodatków odkażających) wzrasta ilość bakteryi w ciągu doby olbrzymio; również maść cynkowa sprzyja mnożeniu się bakteryi, choć w stopniu mniejszym. Octan glinowy działa w rozczynie wodnym 10 razy silniej bakteryobójczo, niż w postaci maści, a 200 razy silniej, niż w postaci pasty. Również zmniejszają ilość bakteryi okłady z rozcieńczonego spirytusu. Z.

Esau. **Zgorzel skóry po okładach z kwaśnej wody.** (Med. Klinik. 1912, Nr 28). Autor opisuje cztery przypadki, gdzie po okładach z kwaśnej wody (octan glinowy, płyn Burowa), dobrze rozcieńczonej, wystąpiła zgorzel skóry. W jednym z powodu zapalenia łożyska paznokcia okład zastosowany na wszystkie palce, wywołał zgorzel wszystkich opuszek, a nawet części członków palców. W drugim i trzecim przypadku przy zapaleniu tkanki podskórnej palca wskazującego okład z rozcieńczonego płynu Burowa na tenże palec i na palec średni pociągnął za sobą zgorzel skóry obu palców. Wreszcie w czwartym przypadku istniał przewlekły wyprysk na skórze grzbietu ręki; tu płyn Burowa nader rozcieńczony wywołał zgorzel skóry na przestrzeni talara. We wszystkich tych przypadkach autor zdołał wyłączyć inną przyczynę powstania zgorzeli, czy to samo silne zapalenie i z powodu znacznego wysięku silne napięcie skóry, wiodące do zgorzeli, czy też złe założenie opatrunku, a więc za silne skrępowanie lub zanadto szczelne zamknięcie ceratą ogniska zapalnego. Zgorzel w tych przypadkach powstać mogła tylko z działania samej wody kwaśnej. Być może, że działały tu wpływy nerwowe lub pewna idiosynkrazya, autor jednak przypuszcza, że jak inne środki chemiczne, tak i płyn Burowa nawet w silnem rozcieńczeniu jest niebezpieczny tam, gdzie niema ochrony naskórka lub z powodu silnego zapalenia tkanki nastąpiły zaburzenia w krążeniu. Przez odciągnięcie wody i następowe zmarszczenie się skóry środek ten zadaje żywotności tkanki cios śmiertelny. Nie ulega wątpliwości, że powstaniu takiej zgorzeli sprzyjać może za ciasne czy szczelne założenie opatrunku. Autor oświadcza się za tem, by płyn Burowa, który ani nie posiada szczególnych własności bakteryobójczych, ani na przebieg zapalenia w szczególnie korzystny sposób nie wpływa, zupełnie zarzucić lub stosować z wielką rezerwą. Środki obojętne, jak przegotowana woda lub słabe rozczyny kwasu borowego działają tak samo, a przynajmniej zabezpieczają nas przed takiemi nieprzyjemnemi niespodziankami, a chorych przed uszkodzeniami. Mondschein.

Werner. **O chemicznem naśladowaniu działania promieni i chemoterapii raka.** (Med. Kl. 1912, Nr 28). Podobnie jak naświetlanie zapomocą radu wywołuje rozpad lecytyny zawartej w żółtkach jaj kurzych, wywołuje zapalenie skóry, jak we krwi z początku leukopenię, ale po kilku godzinach hyperleukocytozę, zupełnie taksamo działają przetwory choliny, głównie cholina zasadowa. To działanie choliny zużytkowano też do doświadczeń u ludzi chorych na raka i mięsaka. Z początku wstrzykiwano 10—50% rozczynu choliny zasadowej do wnętrza guza i wywoływano przez to bardzo silny odczyn miejscowy w postaci zgorzeli, ale już na najbliższe otoczenie miejsca wstrzyknięcia cholina nie działała. Wstrzykiwano później $^1/_2$—5% rozczyny w okolicy odległej podskórnie lub śródmiąższowo, skutek jednak był albo bardzo nieznaczny i to przejściowy, albo wcale skutku nie było, a częstokroć spostrzegano powiększanie się guza, a nawet ogólne wycieńczenie z powodu wessania się rozpłyniętych mas nowotworu. Zaprzestano więc stosować samą cholinę, a wzięto się do soli cholinowych, mianowicie połączeń jej z kwasem borowym, mrówkowym, glykocholem, kwasem jodo-będźwinowym, atoksylowym i nukleinowym. Przy stosowaniu np. borcholiny u szczurów, zauważono, że przy wstrzykiwaniu podskórnem w odległem od mięsaka miejscu (co 3—4 dzień po 2 cm^3 2% wodnego rozczynu borcholiny), że mięsak z początku dalej rósł, a dopiero w miesiąc później poczynał zmniejszać się i wreszcie znikał, przytem bez jakichkolwiek zaburzeń ogólnych. U szczurów, które po wstrzyknięciu zginęły, nim guzy się poczęły zmniejszać, stwierdzono drobnowidowo znaczne zmiany w guzie, polegające na martwicy środkowych części guza, nacieku drobnokomórkowym w otoczeniu z silnem nader przekrwieniem i skrzepami w naczyniach krwionośnych. Autor wspomina tu mimochodem, że także w gruczole tarczowym znajdować się musi substancya, podobnie do choliny działająca, gdyż sok z tarczycy, wstrzyknięty jednemu szczurowi z mięsakiem, wywołał zu-

pełny zanik nowotworu. Dziewięciu myszom z wielkimi nowotworami rakowatymi (adenocarcinoma mammae) wstrzyknął autor sól cholinową, a to czterem glykokollcholinę, dwom sól mrówkowo-cholinową, a trzem borcholinę. Po trzech podskórnych wstrzyknięciach 2% rozczynów nikły wspomniane nowotwory zupełnie bez śladu. Autor stosował borcholinę także u 25 chorych, u 15 cholinę w połączeniu z kwasem jodobędźwinowym, a u 12 z kw. atoksylowym; przetwory te stosował autor u ludzi w rozczynie 2% podskórnie, albo w silnem rozcieńczeniu śródżylnie bez jakichkolwiek zaburzeń ogólnych. W przypadkach, leczonych przez 4–6 tygodni, spostrzedz było można objawy inwolucyi guzów w postaci marszczenia się ich powierzchni i stwardnienia, a w żadnym przypadku nie zauważono powiększania się nowotworu. Autor twierdzi, że te przetwory choliny można będzie stosować w o wiele silniejszej dawce i że w każdym przypadku nowotworu warto spróbować tego leczenia. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 5. i 12. VI. 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski; obecnych członków na pierwszem posiedzeniu 60, a na drugiem 37.

Kol. Blassberg: **O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego.**

W wykładzie pierwszym (d. 5. VI.) podnosi prelegent na wstępie, że dzięki niemocy dyagnostyki współczesnej, która uniemożliwia rozpoznanie stanu i stopnia anatomicznego schorzenia, zachodzącego przy zapaleniu wyrostka, powstał prąd, dążący do jak najwcześniejszego operowania wszystkich przypadków bez wyboru. Stąd spada na lekarzy obowiązek pilnego śledzenia i właściwego wartościowania całokształtu objawów, jak najszerzej ujętego, aby możność rozpoznania przyspieszyć w dobie dzisiejszej, a na przyszłość stworzyć możność powstania racyonalnych wskazań operacyjnych Nie należy przy tem rozpoznaniu opierać się jednostronnie na dwóch czy trzech objawach, lecz dokładnie zwrócić uwagę na możliwie największą liczbę znaków rozpoznawczych. W tej myśli przechodzi prelegent po kolei poszczególne objawy i zastanawia się nad ich wartością kliniczną. Rozpatruje najczęściej spotykane podmiotowe uczucie bólu u chorego, drogi nerwowe, na których ból ten powstaje i różne momenty przyczynowe oraz wartość rozpoznawczo-różniczkową promieniowania bólu. Również omawia szczegółowo przejawy bolesności uciskowej w różnych punktach jamy brzusznej, objawy Rovsinga, Blumberga i Delbeta, obronę mięśniową, zmiany w czuciu skórnem, oraz zastanawia się nad istotą i wartością dyagnostyczną plastronu, wzdęcia, stosunków wypukowych, wymiotów, zachowania się stolca i wyników badania przez pochwę i kiszkę odchodową.

W drugim wykładzie (d. 12. VI.) rozpatruje prelegent objawy ogólne, a mianowicie ciepłotę i objaw różnicy ciepłoty, a następnie objawy ze strony serca i ocenę tętna. Omawia szczegółowo własne i obce badania nad wartością leukocytozy, badanie obrazu neutrofilnego sposobem Arnetha, badanie preparatów krwi sposobem Ehrlicha, wnioski ze stanu lepkości krwi i bakteryologiczne badanie krwi. Przechodzi potem zachowanie się moczu, skóry, nakłucie próbne i cały szereg drugorzędnych znaków, podanych przez rozmaitych autorów, które mogą ułatwiać oryentacyę w danych przypadkach, również i momenty anamnestyczne i statystyczne.

W końcu omawia prelegent zespoły dyagnostyczne, podane przez rozmaitych autorów, które zestawia w dwie grupy. Jedna stara się zająć idealne stanowisko naukowe i ujmuje całokształt objawów w duchu odzwierciedlenia stanu anatomicznego, drugi kierunek bardziej sceptyczny, ogranicza się do samego rozpoznawania stanu zapalnego i śledzi na drodze symptomatologicznej co najwyżej postęp lub przycichanie sprawy zapalnej i wpływ jej na ustrój, mając na oku jedynie tylko racyonalne uchwycenie momentu, kiedy operacya jest niezbędną. Prelegent uważa, że spór internistów z chirurgami, w którym cyfry statystyczne stanowią główną broń, nie doprowadzi sam przez się do rozwoju racyonalnych wskazań operacyjnych, gdyż statystyka sama jest zbyt słabym i niewiele mówiącym argumentem w naukach przyrodniczych. Jedynie przeniesienie terenu badań i punktu ciężkości na semiotykę, może pchnąć naprzód tę sprawę. (Rzecz przeznaczona do druku).

Posiedzenie z d. 26. czerwca 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 130.

Prof. Dr Popielski: **Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne.** (Wykład przeznaczony do druku).

Dyskusya: Doc. Dr Koźniewski zaznacza, że teorya hormonów czyli teorya korelacyi chemicznej w obecnej postaci jest naturalnem rozwinięciem nauki o wewnętrznem wydzielaniu pewnych narządów. Im więcej gromadzi się dowodów świadczących, że nadnercza, tarczyca, trzustka, gruczoły płciowe i t. d., są gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu, tem więcej podstaw zyskuje teorya hormonów.

Już dzisiaj wiadomości zebrane przez anatomię, fizyologię i patologię w odniesieniu do tarczycy i nadnerczy są tak liczne i dokładne, że nawet bardzo wymagający krytyk może uznać za dowiedziony fakt wewnętrznego wydzielania tych dwóch narządów. Ostatnim krokiem w takiem badaniu musi być badanie chemiczne, którego celem jest schwytanie i wyosobnienie owej wydzieliny, a przynajmniej pewnych, charakterystycznych jej składników. Rzeczywiście prace całego szeregu chemików dostarczyły z nadnerczy adrenalinę, z tarczycy, jodotyreoglobulinę. Prawie wszyscy fizyologowie zgadzają się na to, że są to ciała swoiste dla danych narządów, — niespotykane gdzieindziej w ustroju. Mniej zbadaną jest odpowiednia czynność trzustki lub gruczołów płciowych, jeszcze mniej wiemy o wydzielaniu gruczołów przytarczycznych, przysadki mózgowej, grasicy... Doświadczenia na zwierzętach oraz dane kliniczne silnie przemawiają za tem, że zarówno trzustka, jak i gruczoły płciowe prócz zewnętrznego posiadają i wewnętrzne wydzielanie. Dowodów bezspornych nie zdobyliśmy dotychczas. Co do gruczołów przytarczycznych, przysadki i pozostałych zajmujących nas narządów mamy bardzo ciekawe przyczynki, nieraz bardzo sumienne prace (Riedla, Binelesa i inne), dają one jednak grunt tylko do hypotezy. Oczywistą jest więc rzeczą, że majątek, z którego czerpie materyał teorya hormonów, nie jest wielki. Drugą słabą stroną tej teoryi jest to, iż skutek, jaki wywołują »wewnętrzne« wydzieliny, jest trudny do obserwowania, a zwykle niedostępny dla mierzenia. Naprzykład nie ulega wątpliwości, że jodotyreoglobulina działa swoiście na ustrój, mianowicie na przemianę materyi, jednak nie umiemy bliżej określić tego działania, a tem mniej obliczyć go ilościowo. Co się tyczy adrenaliny, to z różnorakich działań jej na ustrój umiemy obliczać ilościowo tylko działanie na mięśnie gładkie naczyń, macicy i t. d. Oznaczenie podwyższenia ciśnienia krwi, metoda miograficzna Frenkla, zwężenie naczyń w metodzie Trendelenburga — wszystko to są doświadczenia ilościowe z adrenaliną, mające służyć do obliczenia ilości jej w badanym płynie, n. p. w surowicy. Jednak zwiększenie ciśnienia krwi nie jest proporcyonalne do ilości adreanaliny wprowadzonej do krwi, a zależy tylko od różnicy między prawidłową zawartością, a nowo powstałem stężeniem. Dalej, adrenalina szybko rozkłada się we krwi, przytem ustrój oddziaływa na wprowadzenie jej roz-

maitemi przystosowaniami wyrównawczemi. Słowem badanie tego działania, tego odruchu chemicznego jest bardzo trudne. Tem się tłómaczy, dlaczego Starling oparł swoją teoryę hormonów przedewszystkiem na sekretynie: ponieważ wprowadzenie tego ciała daje efekt niezmiernie wybitny, dający się mierzyć, utrzymujący się długo. Jest to niezmiernie efektowne doświadczenie fizyologiczne: przez wstrzyknięcie wyciągu, sporządzonego ze śluzówki jelita według bardzo prostego przepisu, otrzymuje się tak silny i długo trwający wypływ soku trzustkowego, jakiego żadną inną drogą wywołać nie umiemy. To doświadczenie przyjął Starling jako podstawę dla swojej teoryi i to doświadczenie jest najwięcej zwalczane i krytykowane przez prof. Popielskiego. Prof. Popielski twierdzi, że wydzielanie się soku trzustkowego nie jest wywołane przez wytworzenie sekretyny i przenikanie jej do trzustki, gdzie ona działa na komórki wydzielnicze, ale że jest natury wtórnej wskutek obniżenia ciśnienia. To zaś obniżenie ciśnienia jest następstwem działania wazodylatyny, znajdującej się w wyciągu z jelit. Istotnie, sekretyna Baylissa i Starlinga wywołuje obniżenie ciśnienia krwi, jednak niezbyt znaczne i jak wykazał Zuntz (Arch. Intern. de la Physiologie 1909), można przez wytrawianie alkoholem przyrządzić sekretynę w ten sposób, że obniżenie ciśnienia nie nastąpi, a mimo tego wydzielanie soku trzustkowego będzie się odbywać równie energicznie, jak w pierwotnem doświadczeniu. Dalej wazodilatyna prof. Popielskiego wywołuje wybitne zwiększenie wydzielania soku trzustkowego, trwa ono jednak niedługo i przy powtórnem wstrzyknięciu zwierzę jest już uodpornione: sok trzustkowy wypływa w prawidłowej ilości. Tymczasem sekretyna Starlinga wywołuje takie wydzielanie soku trzustkowego, które trzeba nazwać kolosalnem: przez powtarzanie wstrzykiwań co $1^1/_2$—2 godzin można otrzymać, (widziałem to w pracowni E. Pożerskiego u Delezenne'a), taki tok soku trzustkowego w ciągu 10 godzin, że z jednego psa uzyskuje się przez ten czas 350 a nawet więcej cm^3, przyczem ostatnie porcye soku posiadają takie same właściwości jak pierwsze. O ile wiem z prac prof. Popielskiego, zapomocą jego wazodylatyny nie można otrzymać dużych ilości soku trzustkowego. Niedawno w Arch. Intern. de la Physiol. ukazała się praca Divry z Liége, który robił doświadczenie porównawcze z sekretyną i wazodylatyną: ciała te działały odmiennie i na tej zasadzie podtrzymuje on poglądy Zuntza.

Dotychczasowe prace nie pozwalają więc na obalenie twierdzenia Baylissa i Starlinga co do swoistego działania sekretyny; może ona działać pod pewnymi względami podobnie jak wazodylatyna, pod innymi mogą się one różnić bardzo znacznie. Wszak i hirudyna jest niezmiernie zbliżoną do wazodilatyny. O ile wiem, pierwotnie szkoła prof. Popielskiego skłaniała się do poglądu, że w hirudynie działającem ciałem jest nic innego, jak wazodilatyna. Później prof. Popielski wykrył zasadniczą różnicę: wazodilatyna wywołuje niekrzepliwość krwi tylko po wprowadzeniu do ustroju, nie zaś »in vitro«, hirudyna zaś czyni krew nieskrzepliwą także w probówce. Tak samo i ciała hypertensywne są wielorakie: prócz adrenaliny spotykamy w ustroju hypertensynę (prace Popielskiego, Abelous i Bardier), z badań O'Connora wynika, że w surowicy krwi przy krzepnięciu powstają jeszcze inne ciała hypertensywne. Być może, że jest zupełnie dobre miejsce dla sekretyny obok wazodylatyny. — Mowca zatrzymał się dłużej nad tą sprawą, gdyż jest to punkt specyalnie atakowany przez prof. Popielskiego. Jeżeli przejdziemy na grunt ogólniejszy, to wszak idea »odruchu« na drodze chemicznej, bez udziału dróg nerwowych, była w fizyologii i dawniej, specyalnie w dziale o trawieniu. Teorya Baylissa i Starlinga podkreśliła tylko swoistość pochodzenia i swoistość stacyi odbiorczej. Nie ma to jednak być według autorów regułą doktrynerską, gdyż jako przykład najważniejszego hormonu przytaczają CO_2, który wytwarza się w każdej komórce i na każdą komórkę wywiera działanie, ale w odniesieniu do komórek nerwowych ośrodka oddechowego działa tak wybitnie, tak swoiście, że musimy go uznać za bodziec swoisty, hormon dla ośrodka oddechowego. Przytem między ilością wytwarzanego bezwodnika a czynnością ośrodka oddechowego zachodzi doskonale ujawniająca się korelacya.

Co się tyczy podawania w wątpliwość swoistego działania leczniczego przetworów tarczycy, to zaznacza mowca, że prace fizyologów i internistów stwierdziły ten fakt niezbicie. Przed paru laty patologia i klinika chorób tarczycy była głównym tematem na Zjeździe Internistów w Wiesbadenie, gdzie referaty objęli Kocher i Kraus. Pewność leczenia swoistego w wypadkach »cachexia strumipriva« oraz innych, lekkich schorzeniach uważaną była za najzupełniej ustaloną. Prof. Popielski wypowiada przypuszczenie, że w tych przypadkach może chodzić o działanie jodu, zawartego w przetworach tarczycy. Ależ wszak podawanie jodu wielokrotnie bezskutecznie stosowano w olbrzymiej liczbie przypadków braku tarczycy lub silnej jej niedomogi. Istotnie jest rzeczą dziwną, że przetwory gruczołu tarczowego wprowadzane do ustroju »per os«, poddane działaniu soków trawiennych, mogą rozwinąć w ustroju tak zbawienny wpływ. Mechanizm tego działania jest istotnie zagadkowy z punktu widzenia fizyologicznego, niemniej jest to fakt stwierdzony. Musimy uważać to za jakieś szczęśliwe przystosowanie ustroju, pozwalające oddziaływać nietylko na jodotyreoglobulinę wprowadzaną do krwi przez żywy gruczoł, ale także na przetwór suchy, na wyciąg z gruczołu podawany »per os«.

Co się tyczy mechanizmu działania samego jodu, to wielu farmakologów skłania się do twierdzenia, że przetwory jodowe działają na ustrój za pośrednictwem gruczołu tarczowego, modyfikując jego czynność, a nie odwrotnie. (Hefter, Heubner i jego szkoła — patrz Medicin. Klinik rok 1910, Therapeut. Monatshefte rok 1910, 1911).

Prof. Cybulski zaznacza, iż wszystkich szczegółów poruszonych przez prelegenta omawiać nie może, chciałby tylko wspomnieć o wątpliwościach prof. Popielskiego co do czynności i znaczenia nadnercza. Prof. Cybulski wbrew twierdzeniu prof. Popielskiego zapewnia, że nie może zmienić zdania, że nadnercze wytwarza adrenalinę, albowiem wstrzykując krew z nadnercza w ilości 5 cm do ustroju innego zwierzęcia, otrzymywał podobne objawy, jak przy adrenalinie. Brak nadnercza wywołuje osłabienie mięśni, spadek ciśnienia krwi, po wstrzyknięciu zaś adrenaliny lub po wszyciu nadnercza, objawy te znikają. Na mięśnie gładkie, n. p. tętnicę płucną adrenalina nie działa. Że krew żylna z nadnercza w doświadczeniach Popielskiego nie była czynną, nie wpływała na ciśnienie, mogło pochodzić stąd, że adrenalina we krwi odwłóknionej szybko ulega utlenieniu i wtedy rzeczywiście nie działa. Skoro mechaniczny ucisk nadnercza wywołuje zjawienie się adrenaliny we krwi, to fakt ten przedewszystkiem świadczy, że adrenalina w nadnerczu istnieje, a skoro istnieje i posiada jak wiadomo wielką zdolność dyfuzyjną, to znowu mowca nie widzi żadnej podstawy do twierdzenia, że ona z gruczołu do krwi nie przechodzi.

Prof. Klecki nadmienia, że obok korelacyi chemicznej istnieje korelacya układu nerwowego, i to osobna dla układu współczulnego, a osobna dla autonomicznego, i stawia prelegentowi kilka pytań. 1) W jaki sposób objawia się stosunek hormonów, wazodylatyny i sekretyny, do układu nerwowego? 2) Jeżeli adrenalina nie jest wydzieliną, czy są na to jakie dowody? 3) Czy należałoby uważać adrenalinę za coś podobnego do produktów autolizy narządów, jak to jest n. p. po śmierci? W końcu co do przeszczepienia narządów radzi prof. Klecki wielką ostrożność, gdyż przyjęcie się takich narządów jest bardzo trudne i powolne, tembardziej, iż w końcu zazwyczaj ulegają one zanikowi po zaszczepieniu.

Prof. Rosner zwraca uwagę na fakt, że 2. lub 3. dnia po porodzie u matki i u dziecka występuje przekrwienie i obrzęk sutka, i zapytuje prelegenta, czy zjawisko to nie

jest wywołane jakimś wspólnym hormonem, który w czasie ciąży krążył we krwi równocześnie u matki i u płodu? Wzrost bowiem sam nie wystarcza do wywołania tego zjawiska, gdyż u dziewcząt w okresie pokwitania nie ma przekrwienia.

Borkowski: Prof. Popielski zaznaczył w swym wykładzie, że we krwi zbieranej z nadnercza, czynnikiem podnoszącym ciśnienie nie jest adrenalina, lecz zmieniony chemizm krwi podczas odwłókniania. Jeśli pogląd powyższy jest słuszny, to w takim razie krew zbierana z nadnercza i częściowo skrzepła powinna obniżyć ciśnienie krwi, albowiem w chwili krzepnięcia krew nabiera toksycznych własności i może n. p. wywołać wstrząs anafilaktyczny (Görz). W przeciwstawieniu do tego widzimy, że krew taka po wprowadzeniu do ustroju zawsze podwyższa ciśnienie krwi. Ponieważ krew z nadnercza w każdej swej postaci, odwłókniona czy nieodwłókniona, a także skrzepła (surowica) podwyższa ciśnienie (odwłókniona najsłabiej), więc z tego wynika, że krew ta niewątpliwie zawiera adrenalinę. — Że układ nerwowy, jak to zaznaczył prof. Klecki, odgrywa doniosłą rolę w sprawach wydzielania gruczołów, o tem świadczą własne doświadczenia prof. Popielskiego. Jeżeli bowiem wprowadzimy do ustroju wazodylatynę i zaciśniemy aortę piersiową, to przy zupełnem przerwaniu krążenia przy ciśnieniu krwi = 0 sok trzustkowy wydziela się w ciągu 10 minut. Filtracya w takich warunkach zachodzić przecież nie może, więc zjawisko powyższe można sobie wytłomaczyć tylko działaniem wazodylatyny na narząd nerwowy trzustki; dlatego też, jeśli wydzielanie soku jeszcze się nie zaczęło, t. j. gdy narząd nerwowy trzustki nie został jeszcze podrażniony, — prof. Popielski nie otrzymuje wydzielania zapomocą wazodylatyny po zaciśnięciu aorty. — Prof. Popielski tłomaczy, że »jeżeli ciśnienie obniży się ze 120 do 20 mm Hg, to różnica wynosi 100 mm rtęci i przedstawia siłę, która posuwać będzie wodnistą część krwi przez gruczoł«. Rzeczywiście przy spadku ciśnienia, ilość przepływającej przez gruczoł krwi istotnie się zwiększa, lecz przyspieszenie ruchu krwi maleje w przypadku rozszerzenia się naczyń, jak to wskazują krzywe hemofototachometryczne prof. Cybulskiego. A więc iloczyn z masy przez przyspieszenie (to jest siła) może się przy spadku ciśnienia nie zmienić.

Prof. Popielski: W odpowiedzi kol. Koźniewskiemu zaznacza, że sekretyna w znaczeniu Baylissa i Starlinga nie istnieje; wniosek ten należy uważać za fakt bezsprzeczny. Wyciągi ze wszystkich narządów bez wyjątku wywołują wydzielanie soku trzustkowego zupełnie w sposób identyczny. Wydzielanie zachodzi zawsze tylko z obniżeniem ciśnienia i niekrzepliwością krwi. Bez obniżenia ciśnienia, wydzielania nie ma. Obydwa zjawiska zachodzą zawsze równolegle. Doświadczenie Zuntza, a przed niem Baylissa i Starlinga, a także Dixona i Howella właśnie dowodzą słuszności wniosku prelegenta, gdyż w przytoczonych przez wspomnianych autorów doświadczeniach, niewielkiemu obniżeniu towarzyszy niewielkie wydzielanie. Obrabiając wyciągi alkoholem, autorzy otrzymywali niewielkie obniżenie ciśnienia. Prelegent i jego uczniowie dokładnie wysuszone wyciągi z narządów obrabiali alkoholem; otrzymywali jednak ciało, wywołujące i wydzielenie i obniżenie ciśnienia. Uodpornienie występuje tylko wtenczas, jeżeli wprowadzić odrazu dostatecznie dużą dawkę, od której są obfite wydzielania soku trzustkowego i silne obniżenie ciśnienia krwi. Zapomocą małych dawek wprowadzanych nawet bez przerwy, uodpornić zwierzęcia nie można. Tyreoglobulina, podobnie, jak jodotyryna, jest ciałem sztucznie otrzymanem przy obrabianiu tarczycy i za wydzielinę uważaną być nie może tak, jak wiele innych ciał, które dadzą się otrzymać z gruczołu. W odpowiedzi kol. Borkowskiemu prelegent zwraca uwagę, że przy zaciskaniu aorty piersiowej otrzymuje się wydzielinę tylko wtenczas, jeżeli wydzielenie soku trzustkowego już się rozpoczęło. Jeżeli zacisnąć aortę wtenczas, kiedy ciśnienie zaledwie zaczyna się obniżać, a wydzielania jeszcze nie było, to sok trzustkowy nie wydziela się wcale. Stąd jasnem jest, że sok trzustkowy wydziela się na koszt płynnej części przesączonej ze krwi do międzykomorowych przestrzeni gruczołu. Przy obniżeniu ciśnienia, różnica pomiędzy pierwotnym i końcowym nie ginie, ale posuwa z nabytą szybkością płynne części krwi przez komórki gruczołu. Po zaciśnięciu aorty sok trzustkowy, wydzielając się, podnosi się do 60 milimetrowych podziałek ponad poziom w aorcie. Mamy tu do czynienia ze zjawiskami filtracyi pod ciśnieniem. W odpowiedzi prof. Kleckiemu zaznacza prelegent, że niewątpliwie związek pomiędzy narządami na drodze nerwowej istnieje, korelacyi chemicznej prelegent dotknął wyłącznie dlatego, że ona obecnie w umysłach wielu lekarzy wysunęła się na plan pierwszy.

Co się tyczy sprawy wagotonii i sympatykonii, to prelegent sprawy tej nie dotyka, gdyż w krótkich słowach nie może być ona wyświetlona. W odpowiedzi prof. Cybulskiemu prelegent zaznacza, że obecność adrenaliny we krwi żylnej nadnerczy jest wykazana przez wielu autorów. Należy jednak zaznaczyć, że pobieranie krwi odbywa się w warunkach, przy których jest nadzwyczajnie łatwo mechanicznie wycisnąć z gruczołu twory, barwiące się na zielono od żelaza, przy rozbiciu których podczas odwłóknienia zawarta w nich adrenalina uwalnia się. Faktem jest niezbitym także i to, że wycięcie nadnerczy sprowadza śmierć nie z braku adrenaliny, gdyż wycięcie nadnerczy zewnątrzotrzewne obniżenia ciśnienia krwi nie wywołuje. W odpowiedzi prof. Rosnerowi zaznacza prelegent, że niezbędnym warunkiem dla wydzielania mleka jest niewątpliwie rozwinięty gruczoł mleczny, który wogóle rozwija się przy wzrastaniu ustroju. Niewątpliwie potrzebne są jeszcze inne warunki, zależne od zmian we krwi, wywołanych ciążą. Fakt, że u dzieci w pewien czas po urodzeniu zjawia się mleko tak, jak u matki, nie może wskazywać, że przyczyną wydzielania mleka w obydwóch przypadkach jest jedno i to samo ciało. Wydzielanie mleka niema takiego charakteru, któryby wskazywał na istnienie jakiegoś bodźca, podniecającego gruczoły mleczne do czynności.

Zast. sekr. dorocznego Dr Sikorski.

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek. przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniej-

szem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Komitet wykonawczy VI. Zjazdu Techników polskich, mającego odbyć się w Krakowie 12—16 września b. r. zaprasza za naszem pośrednictwem Lekarzy, by wzięli udział w obradach Zjazdu i to zarówno w sekcyi budowy i higieny miast, jak i w innych grupach zjazdowych, o ile tematy obrad będą dla lekarzy miały wartość. Zjazd ten będący zespołem zjazdów specyalnych (jak techników budowli wodnych, techników komunikacyi, elektrotechników i t. p.), zainteresować powinien także i lekarzy-higienistów, zarówno odbyć się mającym na zebraniu ogólnem w d. 13. IX. wykładem Dr Rostońskiego: »Pogląd na miejskie budownictwo zdrowotne w Polsce«, jak i obradami Sekcyi budowy i higieny miast; zajmującą dla lekarzy rzeczą powinna być również wycieczka, urządzona 16. IX. przez Sekcyę architektoniczną celem zwiedzenia budującego się w Kobierzynie Zakładu dla umysłowo chorych. Informacyi o Zjeździe można zasięgnąć w Towarzystwie technicznem (Kraków, ul. Straszewskiego 28).

— Towarzystwo Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem ogłosiło sprawozdanie za rok 1911/1912, dwunasty swego istnienia. Rok ten jest rokiem przełomowym w działalności Towarzystwa; poraz pierwszy pomieściwszy swych chorych w nowych budynkach, doskonale położonych na stoku Gubałówki i odpowiednio urządzonych, zbudowawszy obok dawniej istniejącego pawilonu dla mężczyzn osobny pawilon dla kobiet, pawilon gospodarczy z wielką jadalnią dla 100 chorych, łazienkami i t. p., zaprowadziwszy w tych budynkach ogrzewanie centralne i wodociągi, urządziwszy park, przekształciło Towarzystwo swój »Dom Zdrowia« na rzeczywiście odpowiedni zakład sanatoryalny i dało mu podstawy dobrego rozwoju. Oczywiście dalszy ten rozwój zależy od poparcia społeczeństwa, na które »Bratnia Pomoc« pod każdym względem zasłużyła i który wyjednać powołani są w pierwszym rzędzie lekarze polscy, o ile im nie są obojętne losy młodego pokolenia naszej inteligencyi. Poparcia potrzebuje »Bratnia Pomoc« bardzo; budynki nowego zakładu obciążone są długiem 83.321 koron, a budżet »Domu Zdrowia« zamyka się niedoborem 22.665 koron. Wprawdzie lecząca się młodzież opłaca część kosztów swego pobytu w sanatoryum, jednakże jest to młodzież niezamożna, z trudem tylko zdobyć się mogąca i na tę część, a Towarzystwo musi do każdego dnia leczenia dopłacać po 1·57 k., na co mimo całej zapobiegliwości Zarządu obecne dochody nie wystarczają. A przecież, aby odpowiedzieć swemu zadaniu, musi »Dom Zdrowia Bratniej Pomocy« znacznie rozszerzyć jeszcze swoją działalność. Miarą potrzeb w tym kierunku jest fakt, że z 371 zgłaszających się mogło Towarzystwo przyjąć do »Domu Zdrowia« 118, to jest mniej, niż trzecią część. Łącznie z pozostałymi z poprzedniego roku leczono w r. 1911/12 — 149 chorych przez 14393 dni; jeden chory przebywał w Sanatoryum średnio 96 dni. Wyraźne polepszenie stwierdzono u 56, poprawę u 59, stan bez zmiany u 21, pogorszenie u 12 chorych. Lekarzem »Domu Zdrowia« jest Dr Kuczewski; z sekretarką panią Kuczewską i prezesem Towarzystwa Dr Żychoniem dzieli on zasługi około utrzymania i rozwoju sanatoryum.

— P. T. Kolegów, mieszkających przy ulicach, których nazwa została zmieniona, upraszam o łaskawe powiadomienie mnie o tem. Inseraty osobiste i zakładów zgłaszać można do dnia 15. września, zaś do 10. października ewentualne zmiany adresów, telefonu i t. p. O wszelkie uwagi w sprawie kalendarza uprzejmie upraszam. Kolegów fizyków proszę uprzejmie o odesłanie korekt.

Dr A. Klęsk, redaktor kalendarza lekarskiego, Wolska 9.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. VIII. do 24. VIII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † — (obcych — † 1), krzuśca 4, ospy wietrznej 2, płonicy — † — (2 † 1), duru brzusznego 2 † — (4 † —), czerwonki 59 † — (5 † —).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 12. VIII. do 19. VIII. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 1, dur wysypkowy 1 † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Prof. Wilhelm Wundt, sławny filozof, fizyolog i psycholog w Lipsku, obchodził 16. VIII. 80-tą rocznicę urodzin.

Mianowani: Dr W. Witaliński, asystent kliniki okulistycznej U. J. kierownikiem oddziału ocznego szpitala św. Łazarza; Doc. Szukowski profesorem pedyatryi w Dorpacie; Dr Jameson Johnson profesorem chirurgii w Dublinie.

Zmarli: Dr Pordes, lekarz kolejowy w Przemyślu, zmarł w 67 r. ż.; Richardson, profesor chirurgii w Bostonie; Dr J. Moch w Glinianach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Brixen. Jesienne miesiące są tu pogodne, klimat łagodny, co przy dobrych drogach i rzadko pięknych widokach czyni pobyt nader miłym. Bujna roślinność przypomina południe. Owoce i winogrona doskonałe.

Fabryka »Enrilo« w Skawinie koło Krakowa. Zwracamy szczególną uwagę naszych Szanownych Czytelników na odnośne ogłoszenie w dziale inseratowym dzisiejszego numeru.

Rok LI. Kraków, dnia 7. września 1912. Nr 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Badanie bakteryologiczne i biologiczne pozwala nam dzisiaj zobrazować całokształt patogenezy duru brzusznego, jąkkolwiek nie wszystkie szczegóły są dotychczas należycie wyjaśnione.

A więc dur brzuszny jest schorzeniem układu chłonnego całego ustroju z przeważnem zajęciem jego części brzusznej, wywołanem przez laseczniki Ebertha-Gaffkyego.

Badania pośmiertne bowiem wykazują mniej lub więcej wydatne obrzmienie gruczołów krezkowych, przeważnie bliżej jelita biodrowego, powiększenie gruczołów chłonnych w innych częściach ustroju: w okolicy żołądka, wrót wątroby, gruczołów oskrzelowych, szyjnych, karkowych, niekiedy na kończynach, oraz obecność w nich l. durowych.

Dur brzuszny w przypadkach wykształconych przedstawia się jako choroba całego ustroju, posiadająca wszystkie znamiona typowe posocznicy (sepsis), a mianowicie: wtargnięcie do ustroju pierwiastka chorobotwórczego w jakiemkolwiek miejscu, gnieżdżenie się i rozmnażanie w pewnych narządach (narząd chłonny), przewlekłe, trwające tygodniami, wracanie do krwi l. durowych, przenoszenie się ich prądem krwi do różnych narządów, osiedlanie się tam laseczników z następnem ich rozmnażaniem.

Dur brzuszny posiada zasadnicze znamię, wymagane od posocznicy, t. j. stałą obecność drobnoustroju chorobotwórczego we krwi podczas całego trwania choroby.

Jest to więc posocznica (septicaemia) w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Wrota zakażenia leżą w jakiemkolwiek miejscu przewodu pokarmowego. Jako wrota służyć mogą: migdały, gardło, żołądek, jelita. (W niektórych przypadkach możemy stwierdzić obrzmienie i zaczerwienienie migdałów oraz błony śluzowej gardła. Na tylnej ścianie widać obrzmienie grudek w postaci czerwonych punktów wielkości ziarnka soczewicy).

Z wrót zakażenia l. durowe przedostają się do dróg chłonnych, w których się rozmnażają i posuwają się dalej przez większe naczynia chłonne doprowadzające do odpowiednich gruczołów chłonnych.

W pewnej nieznacznej części lżejszych przypadków sprawa może się umiejscowić w gruczołach, zaś w większości laseczniki wędrują dalej w kierunku dośrodkowym i odśrodkowym. Przy pomocy ruchu odśrodkowego następuje zakażenie całego szeregu dróg chłonnych w krezce i grudkach chłonnych w ścanach jelit, oraz następcze powstawanie w nich owrzodzeń. Lasecznik przeciska się do rozgałęzień chłonnych, wiodących do skóry. Pojedyncze laseczniki dostają się do najdrobniejszych rozgałęzień naczyń chłonnych w skórze właściwej i wywołują powstawanie różyczki.

E. Fraenkel na zasadzie badań mikrologicznych wykazał co następuje: lasecznik durowy zostaje zawleczony do jednej lub kilku brodawek skórnych, rzadziej do części siatkowej (pars reticularis) i wywołuje tam bujanie stałych komórek łącznotkankowych. Miejscami następuje martwica naskórka. W naczyniach włoskowatych Fraenkel nie znajdował l. durowych. Różyczka jest zatem wyrazem odczynu ze strony naczyń włoskowatych dokoła zakażonych dróg chłonnych skóry — jest miejscowem zapaleniem.

L. durowe w różyczce można najłatwiej wykazać w okresie wysypywania. Poźniej laseczniki szybko zamierają W ropie z ropni, powstałych na miejscu wykwitów, znajdowano l. durowe w czystej hodowli (O. Mayer).

Ponieważ l. durowy przedostaje się do skóry poprzez drogi chłonne ruchem wstecznym, przeto zajmuje części skóry, leżące najbliżej najbardziej dotkniętego narządu chłonnego, t. j. narządu jamy brzusznej, wskutek czego przeważnie na skórze brzucha znajdujemy różyczkę. Nie wiemy tylko, dlaczego w pewnych przypadkach mamy obfitą różyczkę, w innych zaś brak jej zupełnie. Może odgrywa tutaj rolę pewna odporność tkanek, stwarzająca mniej lub więcej pomyślne warunki dla rozwoju l. durowych. Oprócz wskazanej powyżej drogi l. durowe obierają sobie inną. Przez przewód piersiowy laseczniki przedostają się do obiegu krwi.

Otóż w ten sposób następuje ogólne zakażenie ustroju, zawleczenie i osadzenie laseczników w różnych narządach, co wywołuje swoiste zmiany, n. p. w szpiku kostnym w postaci ognisk martwiczych. Do śledziony i wątroby laseczniki przedostają się na drodze chłonnej. W licznych przypadkach

l. durowy nie zadowalnia się siedzibą w naczyniach chłonnych jamy brzusznej, lecz wędruje dalej. Przedostaje się do gruczołów oskrzelowych, a nawet do najdrobniejszych rozgałęzień naczyń chłonnych w płucach. Tym sposobem możnaby zadowalniająco tłómaczyć powstanie nieżytów oskrzelowych przy durze i swoistych zapaleń płuc (pneumotyphus). Obrzmienie powierzchownych gruczołów chłonnych na szyi i pod pachą, w których stwierdzono obecność l. durowych, każe przypuszczać, iż i tutaj lasecznik przywędrował przez naczynia chłonne. Toby dostatecznie tłomaczyło powstawanie różyczki na kończynach w pewnej części przypadków. I tutaj l. durowy przedostawałby się z gruczołów przez najdrobniejsze gałązki chłonne.

Otóż na zasadzie obecnego stanu naszych wiadomości o durze brzusznym możemy z wszelką pewnością twierdzić, iż nie należy uważać duru brzusznego za schorzenie w ścianach jelit Znane są bowiem przypadki, w których nie brakło żadnego z klasycznych objawów klinicznych duru brzusznego, a tymczasem badanie pośmiertne nie wykryło typowych anatomo-patologicznych zmian, badanie zaś bakteryologiczne krwi stwierdziło obecność l. durowego. Oprócz tego już dawno wiemy, iż ilość oraz wielkość owrzodzeń w jelitach bardzo często nie odpowiada ciężkości przypadków. Bywa zazwyczaj owrzodzeń mniej, aniżeliby się można spodziewać względnie do ciężkości przebiegu.

To też w przypadkach bez zmian w jelitach rzadziej można wykryć l. durowe w naczyniach chłonnych, przeciwnie zaś stale je można wykazać w śledzionie i we krwi.

Na zasadzie badań dotychczasowych nie można twierdzić, by lasecznik durowy rozmnażał się przeważnie w tych miejscach błony śluzowej jelit, w których spotykamy typowe zmiany anatomo-patologiczne. Przeciwnie tam, gdzie l. durowy znajduje się w czystej hodowli, jak w żołądku i jelicie czczem, wywołuje on co najwyżej obrzmienie grudek chłonnych.

L. durowy stale znajduje się w pęcherzyku żółciowym, w którym dzięki pomyślnym warunkom rozwoju w żółci pozostawać może długo nawet po ukończonym przebiegu, nieraz całe dziesiątki lat. Dopóki pęcherzyk zawiera laseczniki, dotąd stale ich dostarcza do jelit. Większa część roznosicieli zarazy rekrutuje się z tego źródła, co powoduje powstawanie nowych i odległych pod względem czasu epidemii.

Obecność l. durowych może nie wywoływać żadnych zmian anatomicznych w pęcherzyku, ani nie przejawiać się klinicznie. Błędnem jest mniemanie według Schottmüllera, by l. durowe powodowały powstawanie kamieni żółciowych. Przeciwnie należy uznać, iż obecność kamieni żółciowych stwarza pomyślne warunki do osiedlania się, przechowywania l. durowych i powstawania zapaleń pęcherzyka. Ponieważ przeważnie kobiety cierpią na kamicę żółciową, przeto też i one są najczęstszemi roznosicielkami zarazy durowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Salwarsan a neosalwarsan

podał

Dr Mondschein (Stanisławów).

Salwarsan w rozczynie wodnym oddziaływał kwaśno; jako taki okazywał miejscowo i ogólnie trujące działanie, musiał być więc zobojętniany lub zamieniany nawet na rozczyn zasadowo oddziałujący zapomocą normalnego rozczynu ługu żrącego. Tenże ług żrący nie był atoli obojętny dla ustroju, raz, że sam jako silna zasada działał miejscowo żrąco, powtóre, że nieraz zdarzały się omyłki ze strony aptekarzy, lub ług dostarczany był przez nich nie zawsze w stanie oczyszczonym. Nieraz też zdarzało mi się spostrzegać, że po dodaniu rozczynu ługu żrącego barwa kanarkowo żółta zawiesiny salwarsanu zmieniała się w brudno-zieloną, a dość przyjemny zresztą zapach salwarsanu nabierał wyraźnie woni siarkowodoru. W tym stanie wstrzyknięty salwarsan wywoływał śródmiąższowo bardzo silny obrzęk, silną bolesność, długotrwającą, zaczerwienienie skóry, a ogólnie nieraz silne dreszcze, gorączkę.

Neosalwarsan o tyle już na wstępie samym ma wyższość, że rozczyniony w wodzie przedstawia płyn, odrazu obojętnie oddziałujący. Otrzymał go Ehrlich przez działanie połączenia formaldehydo siarkowego na dwuoksydwuaminoarsenobenzol; wobec mniejszej zawartości arsenu, stosuje się go w większej dawce, niż salwarsan.

Ze względu na zawartość arsenu odpowiada:

0,15 gr.	neosalwarsanu	= 0,1 gr.	salwarsanu
0,3 gr.	»	= 0,2 gr.	»
0,45 gr.	»	= 0,3 gr.	»
0,6 gr.	»	= 0,4 gr.	»
0,75 gr.	»	= 0,5 gr.	»
0,9 gr.	»	= 0,6 gr.	»

Dawka, liczba wstrzyknięć, jakoteż odstępy czasu między poszczególnemi wstrzyknięciami zależą, jak przy salwarsanie od stanu choroby, od konstytucyi danego chorego, nakoniec od jego wieku. Ogółem powiedzieć można, że neosalwarsan lepiej bywa znoszony przez ustrój, że działanie jego równa się działaniu salwarsanu, że lepiej nadaje się do wstrzyknięć śródmiąższowych, jest więc bardziej przystępny stosowaniu przez lekarza praktyka. Opierając się na około 25 dotąd zrobionych wstrzyknięciach tego nowego przetworu, mogę powiedzieć, żo samo jego stosowanie śródmiąższowe jest mniej bolesne, niż starego przetworu, że ból ten trwa od 4—8 godzin, poczem ustaje, trzeciego zaś dnia powraca, słabszy jednak, niż dnia pierwszego, a o wiele słabszy, niż trzeciego dnia przy stosowaniu salwarsanu. Dla zmniejszenia bolu nie zawadzi przed zastosowaniem neosalwarsanu śródmiąższowo, wstrzyknąć najpierw $1-1^1/_2\%$ rozczynu nowokainy. Co do ilości wody użytej, do rozczynienia neosalwarsanu to na każde 0·15 gr. przetworu użyć należy 3 cm^3 wody, najlepiej świeżo przekroplonej; rozczyn ten powinien natychmiast być użyty do wstrzyknięć, ponieważ jeszcze łatwiej niż salwarsan ulega utlenieniu.

Piśmiennictwo bieżące.

Otyatrya i laryngologia.

Rouget. **Sposób Lombarda otwarcia opuszki żyły szyjnej.** (Annales de l'otol. etc. Tom 38. Zeszyt 2). W wyjątkowych razach, gdy mimo podwiązania żyły szyjnej i otwarcia zatoki, objawy zakażenia nie ustępują, musimy uciec

się do otwarcia opuszki żyły szyjnej, ewentualnie wykonujemy je odrazu, gdy niema widoków korzystnych z samego otwarcia zatoki. Oprócz sposobu Piffla (transtympanal), Guenesta (transmastoidal), zalecił Lombard sposób zwany »atleido-occipital«, który też poleca Rouget, jako sposób dający najlepszy dostęp i zapewniający dokładne oczyszczenie ogniska ropnego w opuszce. Zabieg składa się z sześciu części i tak: podwiązanie żyły szyjnej, wydłutowanie wyrostka sutkowego, odsłonięcie żyły szyjnej, odczepienie mięśni karkowych, odsłonięcie opuszki żyły przez wydłutowanie tylnego brzegu otworu jarzmowego, nacięcie ściany zatoki, opuszki i żyły z oczyszczeniem, wyłyżeczkowaniem i tamponadą. A. B.

Haike. **Nowy objaw zachorzenia narządu przedsionkowego.** (Berlińskie Stow. otologiczne. Centralbl. f. Otol. T. X. S. 259). H. przedstawił chorą, u której z powodu przewlekłego ropienia z ucha wraz z objawami błędnikowymi wykonano operacyę doszczętną i wydłutowanie błędnika. Obecnie chora utraciła poczucie ustawienia prostego głowy. Jeżeli chorej każe się przechylić głowę ku stronie operowanej, a następnie wezwie się chorą, by głowę z powrotem ustawiła prosto, przechyla ją daleko na stronę zdrową. Chodzi tu o zaburzenie świadomości prostego ustawienia głowy, objaw, który może być ważnym w rozpoznawaniu zachorzenia narządu przedsionkowego. A. B.

Kilian. **Laryngoskopia wieszadłowa.** (Schwebelaryngoskopie). (Archiw Fränkla Tom XXVI. Str. 277). Szpatułka nosowa Kirsteina do badania krtani wprost (laryngoscopia directa), która najpierw przez Kiliana zmieniona została na szpatułkę rynienkową, ani w tej ani w innej postaci, utrudniając dostęp do krtani, nie daje dostatecznej swobody przy zabiegach. Dlatego starał się Kilian zbudować nowy przyrząd, któryby ustalał z jednej strony język wraz z nagłośnią, a z drugiej podniebienie, rozwierał automatycznie usta, wreszcie zawieszał w całości głowę względnie krtań. Badany leży na stole z głową zwieszoną w tył, zawieszoną na przyrządzie, który ułatwia bardzo dostęp, a tem samem zabiegi w krtani i w dolnym odcinku gardła z jednej, a w górnym odcinku poza podniebieniem z drugiej strony. U osób nie liczących jeszcze lat 16, musi się stosować uśpienie ogólne, u innych wystarcza znieczulenie skopolaminowo-morfinowe. Autor przyznaje, że konstrukcya przyrządu samego wymaga jeszcze ulepszeń; w samej już jednak zasadzie przyrządu, uznać należy ogromny postęp na drodze zabiegów wprost (laryngoscopia directa), A. B.

Caldera **Poszukiwania nad bakteryemią w chorobach uszu, nosa i gardła.** (Arch. Ital. di otol. rinol. e laring. 1912 Nr 2). Badania autora wykazały brak bakteryi we krwi w różnych nawet ciężkich chorobach gardła, mimo, że w chorem miejscu gardła było ich bardzo dużo. Naodwrót znajdowały się bakterye we krwi nawet przy lekkich zapaleniach ropnych ucha. Autor tłómaczy to tem, że w ropieniach usznych, z ropy zamkniętej w jamie kostnej, o ścianach niepodatnych, łatwiej wchłaniają się bakterye do krwi. Z tego też powodu bakteryemia w chorobach usznych niema złowrogiego znaczenia prognostycznego. Z ropni w gardle tylko w szczególnie niekorzystnych warunkach następuje wchłanianie zarazków do krwi i wtedy też występują bardzo ciężkie objawy ogólne lub nawet typowa posocznica. Spira.

Leroux. **Niebezpieczeństwo mentolu w leczeniu chorób nosa.** (Annal. des malad. de l'oreille etc. 1911. Nr 11. Autor zwraca uwagę na szkodliwe działania mentolu i ostrzega przed nieoględnem i bezkrytycznem jego używaniem. Zwłaszcza u dzieci i u niemowląt należy się wystrzegać tegô leku, który w tym wieku może wywołać stany zamartwicze nawet z zejściem śmiertelnem. Przyczyna przypadłości w spostrzeganych dotąd przypadkach leżała w wywołanym przez mentol nadmiernem wydzielaniu (hypersecretio), w skurczu głośni lub w zadziałaniu odruchowem na płuca i serce. Innymi nieprzyjemnymi skutkami, spostrzeganymi po zastosowaniu mentolu są: silne bóle miejscowe, róża wrzekoma twarzy, zapalenie spojówki, kaszel gardłowy, rwa uszna, rumień nozdrzy i wargi górnej. Spira.

Patenostre. **Badanie czynnościowe błędnika u starców.** (Annal. des malad. de l'oreille etc. 1912, Nr 2). Badając czynność błędnika u ludzi starych w wieku 60—70 lat którzy nie przebywali żadnych chorób uszu znajdował autor co następuje: 1) Pod względem czynności części ślimakowej: szept słyszeli badani na odległość 8 m (zamiast 20 m. u młodych), chód zegarka na 50 cm. (zamiast 230 cm), gorzej, niż szept. Lewem uchem słyszano prawie zawsze lepiej, niż prawem. Kobiety słyszały wogóle lepiej, niż mężczyźni. Przez kości czaszkowe słyszała chód zegarka tylko $^1/_6$ część wszystkich badanych. Bystrość słuchu przez powietrze co do strojnika *c* była zmniejszona, lecz znacznie lepsza, niż co do zegarka i mowy. Trwanie przewodzenia kostnego było znacznie zmniejszone, przytem były nieraz różnice między obu uszami do 10 sekund. U niektórych badanych przewodzenie kostne całkiem było zniesione. Te zaburzenia słuchu przypisuje P. zmianom w narządzie przyjmującym dźwięki, jak również rozrzedzenie lub stwardnienie kości, zmianom, zwykłym w wieku podeszłym. 2) W przeciwieństwie do czynności słuchowej błędnika czynność jego statyczna okazała znacznie mniejsze różnice od stanu w wieku młodym. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 1 lipca 1912.

1) Członek K. Kostanecki przedstawia rękopis II. tomu dzieła p. t.: **Anatomia człowieka** przez prof. Dra Adama Bochenka.

Tom I, który ukazał się w r. 1909, obejmował część ogólną i dwa działy części szczegółowej. W części ogólnej autor przedstawił: 1) rys historyi anatomii, przyczem w osobnym ustępie uwzględnił dzieje anatomii w Polsce i na Litwie, 2) rys rozwoju ustroju ludzkiego, od pierwszych chwil do epoki tworzenia się narządów; 3) rys historyi ogólnej. Z części szczegółowej znalazła opracowanie w tym tomie nauka o kościach, stawach i więzadłach, jakoteż nauka o układzie mięśniowym. Przedłożony obecnie przez autora do druku tom II zawierać będzie: naukę o przewodzie pokarmowym, o przewodzie oddechowym, o narządach moczowopłciowych i o narządach krążenia.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. J. Dunin-Borkowskiego i H. Wachtla: **O chłonieniu cukru w jelicie cienkiem.**

Autorowie starali się uwzględnić wszystkie czynniki (dyfuzya, osmoza, zmiany chemiczne), działające nietylko od strony światła jelita, lecz i od strony przeciwnej, t. j. od naczyń ku światłu. Po przewiązaniu naczyń i wstawieniu kaniulek do żyły i do tętnicy odprowadzającej umieszczano odcinek jelita w naczyniu z płynną parafiną. Krew ze zbiornika (ciśnienie 120 cm) ogrzewała się do 37^0 w tym samym termostacie, w którym umieszczone było naczynie z jelitem. Jelito przez cały czas doświadczenia okazywało żywy ruch robaczkowy. W świetle jelita znajdowała się określona ilość cukru gronowego. Z wprowadzonego do jelita rozczynu cukru znika do 60% (n. p. 3 g), przyczem we krwi zużytej do doświadczenia znajdujemy tylko 0.1 g cukru. Doświadczenia (wykonane na 8

psach) wykazują, że we krwi odnajdujemy zaledwie drobną część wessanego cukru. Należy zatem poddać rewizyi pogląd, jakoby cukier w całości dostawał się do krwi przez żyłę wrotną.

3) Czł. St. Bądzyński przesyła pracę pp. W. Skórczewskiego i J. Sohna: **O zachowaniu się kwasu 2 fenylochinolino-4-karbonowego w ustroju człowieka.** Autorowie zauważyli, iż mocz, wydalony po podaniu wewnętrznem kwasu 2-fenylo-chinolino-4-karbonowego (atofanu), daje szereg osobliwych odczynów barwnych: 1) zabarwia na kolor żółty rozcieńczony kwas solny; 2) daje żółty osad z kwasem fosforowolframowym; 3) daje zieloną barwę roztczynu z siarczanem amonu i amoniakiem; 4) daje lekko zielone zabarwienie po zalaniu chlorkiem żelaza; 5) okazuje typowy dwuazowy odczyn z odczynnikiem Ehrlicha. Ponieważ odczyny te pochodzić mogą tylko od związku, który wytworzył się w ustroju z atofanu, autorowie próbowali wydzielić z moczu ów nieznany związek. W istocie, z większej ilości moczu osób, którym podawali atofan, zdołali otrzymać poszukiwane ciało, które posiadało skład $C_{16}H_{11}NO_3$, tj. było bogatsze o jeden atom tlenu od wymienionego kwasu, okazało się przeto kwasem oksy-2-fenylochinolino-4-karbonowym.

4) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. Buraczewskiego i L. Krausego: **O kwasie oksyprotsulfonowym.** (Część II). Autorowie podają wyniki dalszych badań nad frakcyami kwasu oksyprotsulfonowego z ciałka krwi. Pomiary zasadowości kolejnych frakcyi oraz pomiary polarymetryczne wykazały pewne niezbyt znaczne różnice pomiędzy frakcyami. Wybitne różnice występują w liczbach rozpuszczalności w kwasie octowym i alkoholu. Oznaczenia ilościowe siarki odszczepialnej wykazały różnice między frakcyami, natomiast ilości siarki ogólnej wszędzie były zgodne. Frakcye były jodowane; autorowie znaleźli różne ilości wprowadzonego do nich jodu. Próbowano również utleniać frakcyę, nierozpuszczalną w kwasie octowym; otrzymano produkt co do ogólnych własności podobny do kwasu oksyprotsulfonowego; rozdzielano go kwasem octowym na podobne frakcye, produkty te jednak nie zawierały już siarki odszczepialnej.

5) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. M. Schubertówny: **O kwasie oksyprotsulfonowym z sernika.** Prowadząc dalej badania nad kwasem oksyprotsulfonowym z sernika, rozpoczęte przez pp. J. Buraczewskiego i L. Krauzego, autorka wyosobniła frakcyę, opadającą z kwasu octowego przy studzeniu, której istnienia tym autorom stwierdzić się nie udało. Wyosobnione frakcye okazały niewielkie, stopniowe różnice w składzie elementarnym, w ilości siarki ogólnej i w zasadowości oraz w zdolności wiązania jodu. Autorka utleniała frakcyę nierozpuszczalną w kwasie octowym i otrzymała produkty, które można rozdzielić w analogiczny sposób jak sam kwas oksyprotsulfonowy; różnią się one od tamtych zupełną nieobecnością siarki odszczepialnej, znaczną zasadowością i obojętnością na działanie jodu.

6) Czł. H. Kadyi przedstawia pracę p. I. Markowskiego: **Badania nad rozwojem zatok żylnych opony twardej i żył mózgu człowieka.** (Część I. Płody 15·5—49 mm długości z częściowem uwzględnieniem płodów 4—7 miesięcznych). Na podstawie rekonstrukcyi plastycznych z czterech płodów ludzkich długości 15·5, 19·4, 30·4 i 46·5 (w których są przedstawione mózg i praczaszka z nerwami i naczyniami głowy), seryi skrawków z 8 innych płodów z tych samych okresów rozwojowych, oraz preparatów injekcyjnych z płodów 4—7 miesięcznych, opisuje autor szereg splotów żylnych opony twardej i żył mózgowych. U płodów z drugiego miesiąca autor odróżnia sploty parzyste, mianowicie sploty boczne, przedni i tylny i sploty nieparzyste środkowe, mianowicie: splot środkowy przodomózgowia ze splotem strzałkowym górnym i żyłą środkową przodomózgowia, oraz splot środkowy śródmózgowia z żyłą środkową śródmózgowia. Do tych splotów uchodzą zawiązki żył mózgowych, z których główne autor oznacza nazwami: żyły kresomózgowia, boczna i dolna, żyły międzymózgowia, boczna i dolna, żyła śródmózgowia boczna i żyła tyłomózgowia boczna. Do przyśrodkowej żyły głowy uchodzą dwie żyły z oczodołu, które autor nazywa górną i dolną, oraz żyła tyłomózgowia podstawowa. Na podstawie szczegółowego opisu wymienionych splotów żylnych i żył w różnych okresach rozwojowych autor podaje pogląd na rozwój krążenia żylnego w jamie czaszkowej, zatok żylnych i żył opony twardej podoponowej części żyły łączącej wielkiej, t. zw. zatoki skalisto-potylicznej, głównej żyły oczodołu wpadającej do zatoki jamistej. Autor tłómaczy nieprawidłowości, które wymienione żyły i zatoki żylne przedstawiają niekiedy po ukończonym rozwoju i porównywa te naczynia z naczyniami niektórych zwierząt ssących i gadów, wykazujac homologie w procesach rozwojowych. Co do żył mózgowych płodu, autor ogranicza się do przedstawienia ich rozwoju u płodów 15·5—49 mm długości. Kończy ogólnemi uwagami o rozwoju żył śródczaszkowych.

7) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i L. Zbyszewskiego: **O prądach czynnościowych gruczołów potnych i ślinianek.** Zapomocą galwanometru Einthovena zbadali autorowie przebieg zmian elektrycznych, które powstają w gruczołach potnych i ślinnych podczas ich czynności. Autorowie pobudzali gruczoły przez drażnienie nerwu kulszowego, ślinianki zaś przez działanie ich nerwów wydzielniczych, tj. struny bębenkowej i nerwu współczulnego, bądź też na drodze odruchu. Prądy czynnościowe, przy drażnieniu nerwów wydzielniczych powstają pod wpływem jednorazowych podniet krótkotrwałych, jakoteż i pod wpływem drażnienia dłuższego. Po okresie utajonego podrażnienia, wynoszącym przeważnie mniej niż sekundę, w gruczole zjawia się prąd wstępujący. Przebieg tego prądu ma charakter zależny od sposobu drażnienia i od gruczołu; charakter ten autorowie opisują szczegółowo. Przeciwnego kierunku wychylenia, tj. prądu zstępującego autorowie nie zauważyli, nawet w śliniance przy drażnieniu nerwu współczulnego. W tych doświadczeniach zatem proces asymilacyjny gruczołu, występujący, jak wiadomo, równocześnie z procesami dyssymilacyjnymi, nigdy nad nimi nie przeważał. Że procesy dyssymilacyjne występowały, tego dowodzi zestawienie stosunku, zachodzącego pomiędzy trwaniem wychylenia a wydzielaniem. Drażnienie chemiczne gruczołów pilokarpiną nie pozwalało przedstawić zmian elektrycznych graficznie, z powodu ich zbyt powolnego rozwijania się. Autorowie zajmowali się również wpływem atropiny i chloroformu na prądy czynnościowe i na ich przebieg. Atropina w małej dawce przedłuża okres utajonego podrażnienia, następnie znosi prądy czynnościowe lub wywołuje prąd występujący z gruczołu. Uśpienie chloroformowe przedłuża znacznie okres utajonego podrażnienia i prędko znosi wychylenie. Chloroform działa zgubnie na tkankę gruczołową, działa prędzej, aniżeli ustanie krążenia krwi.

8) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę Dra Z. Szymanowskiego: **Studya z dziedziny anafilaksyi.**

I. Czy środki strącające białko mogą wywoływać objawy, podobne do wstrząsu anafilaktycznego? Przyczyna wstrząsu anafilaktycznego nie jest jeszcze wyjaśniona. Doerr przypuszcza, że czynnikiem wyzwalającym wstrząs jest naruszenie równowagi koloidów surowicy, bądź na drodze swoistego odczynu między antygenem a surowicą odpornościową, bądź na drodze nieswoistej. Za czynniki nieswoiste Doerr uważa koloidy strącające białko. Nasuwa się pytanie, jak w tym względzie zachowują się środki, strącające białko wogóle. Badania autora wykazały, że przynajmniej część strącalników białka w określonych optymalnych dawkach wywołuje typowy wstrząs, daje w obrazie sekcyjnym rozdęcie płuc i sprowadza niekrzepliwość

krwi. Środki strącające białko wywołują obniżenie ciepłoty ciała. Objawy te wchodzą w skład wstrząsu anafilaktycznego. Zbadane zostały: $Cu(NO_3)_2$, $CuSO_4$, $HgCl_2$, $ZnSo_4$, $Pb(C_2H_3O_2)_2$, tanina i kwas pikrynowy.

II. O swoistości antyanafilaksyi. Autor bada tę sprawę na świnkach uczulonych dwiema surowicami. W różnych momentach uczulenia antyanafilaktyzuje świnki różnemi dawkami jednej surowicy i wyznacza następnie wysokość dawki śmiertelnej drugiej surowicy. Okazuje się, że antyanafilaksya jest swoista jakościowo, że jednak nadwrażliwość na jedną surowicę zmniejsza się pod wpływem antyanafilaktyzowania drugą. Spadek jest tem większy, im mniejsze jest uczulenie ustroju, oraz im wyższa była dawka antyanafilaktyczna.

III. W sprawie anafilatoksyny bakteryjnej. Bakterye, rozmącone w świeżej surowicy morskiej świnki, czynią ją toksyczną dla morskiej świnki (Friedberger). Besredka sądzi, że substancyą czynną jest tu pepton, przeniesiony z pożywki wraz z bakteryami. Autor sporządza zawiesinę w surowicy z bakteryami z trojakich hodowli: 1) na zwykłym agarze z peptonem, 2) na agarze bez peptonu, 3) na agarze z pożywką syntetyczną bezbiałkową Fraenkla. Wszystkie te emulsye dają płyn jednakowo toksyczny; wydaje się nawet, że bakterye z agaru peptonowego wywołują toksyczność najmniejszą.

(Przedmiot 23 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie kliniczne z d. 5. czerwca 1912 r.

Przewodniczący kol. Sterling, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. Goldberg pokazał kobietę **z guzem** w okolicy **ślinianki przyusznej.** Ma zamiary guz usunąć.

2) Kol. Tereszkowicz pokazał (z oddziału kol. Sterlinga) 26-letnią kobietę, dotkniętą **przewlekłą białaczką, leczoną promieniami Roentgena** ze znakomitą poprawą. Powiększenie brzucha i wyczuwanie guza datuje się od roku, inne dolegliwości, jak bóle brzucha, pocenie się, dreszcze, od 3 lat. Gdy chora przybyła do szpitala, stwierdzono stan podgorączkowy, szmery anemiczne w sercu, zaostrzony oddech w szczytach płuc, guz zajmujący całą lewą połowę jamy brzusznej, bolesny samoistnie i przy uciskaniu, $2^1/_2$ mil. czerw. ciałek krwi w sześc. cent., 180.000 białych, stosunek białych do czerwonych 1:13, dużo myelocytów, eozynofilów, mało limfocytów, figury karyokinetyczne w czerwonych ciałkach. Rozpoznano: leukaemia lien. medull. Przed zastosowaniem promieni Roentgena wstrzyknięto chorej 0,4 salwarsanu, co sprowadziło pogorszenie stanu. Naświetlań rentgenowskich zrobiono 5 w odstępach 2—4 tygodniowych, każde posiedzenie trwało 10 minut. Wynik: czerw. ciałek = 4 mil., białych = 9.000, dużo poikilocytów, myelocyty. Śledziona ledwie wyczuwalna, ciepłota nie przekracza 37,3; chora znacznie utyła (7 kilg), czuje się dobrze, gorączka, dreszcze i poty znikły. Opuściła oddział z dużą poprawą po 4 przeszło miesiącach pobytu w szpitalu.

3) Koleżanka Szapiro w zastępstwie kol. Pańskiego pokazała 12-letniego chłopca, wyglądającego na 6—8 lat, który miał od urodzenia dużą głowę, lecz po urazie, co zdarzyło się przed 9 miesiącami, gdy chłopczyk upadł, głowa zaczęła się bardziej powiększać. Wraz z powiększaniem się głowy zaczęły występować wymioty; dzieciak skarżył się na bóle głowy. Od kilku dni źle widzi. Badanie dna oka wykazuje wyraźną tarczę zastoinową. Rozpoznanie waha się między **nowotworem móżdżku i zapaleniem surowiczem ograniczonem opon mózgowych.**

4) Kol. Lipszyc: **Trudne ząbkowanie** (dentitio difficilis) **w świetle poglądów nowoczesnych.**

Prelegent zaczął od przytoczenia poglądów dawnych autorów, którzy tłómaczyli najrozmaitsze stany chorobowe u dzieci w okresie wyrzynania się zębów trudnem ząbkowaniem, następnie przeszedł do prac Kassowitza w tym przedmiocie, które, zwłaszcza w Niemczech, wywołały przewrót w poglądach. Podług K. ząbkowanie, będąc zjawiskiem fizyologicznem, nie wpływa zupełnie na zdrowie dziecka. Następnie prelegent, po szczegółowem omówieniu i rozbiorze całego szeregu objawów chorobowych, zwykle przypisywanych trudnemu wyrzynaniu się zębów, jak: drgawek, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, gorączki i t. d., dochodzi zgodnie z Kassowitzem do wniosku, że objawy te nie mają nic wspólnego z trudnem ząbkowaniem i że przypisywanie rozmaitych cierpień dzieci trudnemu wyrzynaniu się ząbków, jako nie oparte na żadnej podstawie naukowej, należy dziś zaliczać do kategoryi przesądów.

W dyskusyi kol. Schoenaich wyraził zdziwienie, że prelegent wcale nie wspomniał o pracach najnowszych, które stanowią pewien zwrot do poglądów dawnych na omawianą sprawę.

Według kol. Szwarcwasera, stanowisko prelegenta, odrzucającego kategorycznie i z góry wszelką możliwość wpływania utrudnionego ząbkowania na wrażliwy ustrój dziecięcy, jest niewątpliwie skrajnością nieuzasadnioną. Nie ulega wątpliwości, iż w większości przypadków przy pilniejszem rozpatrzeniu zjawisk chorobowych, spostrzeganych w okresie ząbkowania, znajdą się bardziej ważne czynniki chorobotwórcze, niż za często może rozpoznawane ząbkowanie samo przez się. Nie można jednak powiedzieć, aby te obrazy chorobowe, które według słów prelegenta należy mieć na uwadze przy ocenie stanów nienormalnych okresu ząbkowania, były co do swej etyologii tak jasne, aby rozpoznanie tych chorób można było uważać zawsze za bezwzględny postęp dyagnostyczny. Weźmy spazmofilię. Jestto termin nozologiczny, obejmujący najrozmaitsze pod względem przyczynowym obrazy chorobowe. Jestto raczej nazwa grupowa dla chorób, mających jedynie jako wspólność niezwykłą wrażliwość nerwów obwodowych czuciowych i odruchowych. Rozpoznać spazmofilię, znaczy więc tylko stwierdzić i ująć w jeden termin fakt istnienia tej wrażliwości i łatwości wywołania zjawisk drgawkowych, zapomocą nawet czynników dla innych osobników zupełnie normalnych. I tutaj nasuwa się myśl, że jeśli przy spazmofilii już samo głaskanie twarzy w okolicy pes anser. major może wywołać drgawki odpowiednich mięśni (zjaw. Chwostka), skoro przy tejże skazie możliwem jest przez ucisk wywarty na nerw czuciowy wywołać parestezye na całej przestrzeni tego nerwu (zjaw. Hoffmanna), to czemużby wzmożone ciśnienie wyrzynającego się zęba na otaczające go dziąsło, nie mogło przy usposobieniu spazmofilowem wywołać zjawisk analogicznych ze zjawiskami Chwostka i Hoffmanna. (Streszczenie własne).

Kol. Mogilnicki jest tego zdania, że, jakkolwiek ząbkowanie może być przyczyną rozmaitych zaburzeń u dzieci, jednakże pogląd ten należy zwalczać ze względu na interes zdrowia warstw nieoświeconych, gdzie przekonanie to nadmiernie się zakorzeniło i gdzie na karb ząbkowania kładzie się wiele ciężkich spraw chorobowych, wskutek czego zaniedbuje się należytej pomocy lekarskiej.

Kol. Trenkner wyraża zdanie, że, chociaż ząbkowanie jest zjawiskiem fizyologicznem, jednakże nie można stanowczo twierdzić, że to zjawisko zawsze przebiega prawidłowo i nie wkracza w dziedzinę patologii. Spostrzeżenia bowiem z praktyki pouczają, że nieraz dziecko, skądinąd zupełnie zdrowe, bez zmian w narządach wewnętrznych, nagle dostaje naprzykład gorączki, która dopiero z chwilą ukazania się wyrzynającego się ząbka obniża się.

» Sonenberg mówił o tem, jak w dermatologii zapatrują się na sprawę stosunku, zachodzącego między wyrzynaniem się zębów, a powstawaniem pewnych cierpień skóry. Oto autorowie niemieccy prawie bez wyjątku, albo wcale nie wspominają

o wyrzynaniu się zębów, jako przyczynie niektórych cierpień skóry, albo rzecz tę lekceważą. Inaczej na omawianą sprawę zapatrują się Francuzi. Z autorów francuskich bardzo wielu przypisuje wyrzynaniu się zębów rolę czynnika w powstawaniu niektórych cierpień skóry lub w obostrzeniu już istniejących wykwitów. Dubreuil naprzykład, omawiając etyologię ognika (strophulus), mówi o ząbkowaniu, jako o jednej z przyczyn tegoż. Utrzymuje on, że wykwity mogą tu powstać albo w drodze odruchowej, albo z przyczyn zaburzeń narządów trawienia, które zwykle trudnemu wyrzynaniu się zębów towarzyszą (W. Dubreuil: Précis de dermatologie 1909, 3. Edition, p. 236). Według znów Dariera, wyrzynanie się zębów może w drodze odruchowej wywoływać powstawanie wyprysku (J. Darier: Précis de dermatologie 1909 p. 49). Tenże autor, mówiąc o przyczynach ognika (strophulus), zalicza do nich i wyrzynanie się zębów, i jako dowód, że wyrzynanie się zębów może wywołać to cierpienie, powołuje się na fakt powstawania niekiedy ognika podczas wyrzynania się zębów mądrości (J. Darier l. c. p. 479). Słowem, według Sonenberga, francuzcy autorowie, mówiąc o stosunku ząbkowania do powstawania niektórych wykwitów, wypowiadają w tej mierze zdanie wyraźnie.

Kol. Pański zwraca uwagę na to, że u pewnych osób z usposobieniem do drgawek, drgawki lub pląsawica występują podczas krwawień miesięcznych lub ciąży, a zatem również zjawisk fizyologicznych i że nie powtarzają się u tych osób w przestankach pomiędzy krwawieniami miesięcznemi względnie ciążami. Nie można więc stanowczo twierdzić, aby i ząbkowanie nie miało żadnego wpływu na powstawanie drgawek u dzieci, u których istnieje usposobienie do drgawek.

Kol. Sterling zauważył, że wyrzynanie się zębów jest sprawą powolną, stopniową; miękkie części zanikają pod wpływem ucisku i ząb się stopniowo wyrzyna. Nie zajęto się dotąd naukowo patologią tej sprawy fizyologicznej, jakkolwiek istnieć tu muszą zboczenia, jak wszędzie, od sprawy fizyologicznej.

5) Kol. Goldberg przedstawia chorego, **operowanego z powodu przepukliny nową,** przez siebie opracowaną **metodą.**

Po wypreparowaniu worka do wrót wewnętrznych dzieli G. worek na dwa płaty, przedni i tylny. Przedni wprowadza przez otwór przepuklinowy do jamy otrzewnej i tutaj umieszcza go na przedniej ścianie brzucha, poniżej otworu przepuklinowego. Płat ten, zwrócony powierzchnią surowiczą do jelit, zewnętrzną zaś do ściany brzusznej, pozostaje w tem położeniu dzięki uciskowi jelit i w postaci kurtyny zamyka otwór przepukliny. Tylny płat kol. G. zagina ku górze w ten sposób, iż styka się z przednim płatem powierzchnią surowiczą i podtrzymuje płat wgłobiony do jamy brzusznej od zewnątrz. Wolny dolny koniec tylnego płatu zostaje umieszczony w szczelinie pomiędzy podminowanemi otrzewną i powięzią powyżej otworu przepuklinowego. Boczne szwy w celu utrzymania na miejscu płatów są zdaniem kol. G. zbyteczne. Co się zaś tyczy zwężenia kanału pachwinowego, wystarcza tutaj jedna z prostszych metod, n. p. Czernego lub Bassiniego bez przemieszczenia powrózka.

Nie przesądzając wartości metody, kol. G. zwraca uwagę na jej zalety, a mianowicie stworzenie w miejscu lejka otrzewnego gładkiej ściany, wzmocnionej dzięki zdwojeniu tutaj otrzewnej. W niektórych razach, tam mianowicie, gdzie otwór jest niewielkich rozmiarów, worek zato długi, można otrzymać nietylko zdwojenie, lecz i potrojenie ściany, gdyż płat przedni można zgiąć na podobieństwo fartuszka, powierzchniami surowiczemi zwrócony na obie strony, i tak zgięty pogrążyć w jamie brzusznej, a ponad nim umieścić płat tylny, jak poprzednio.

Kol. G. proponuje nazwać swą metodę operacyą doszczętną przepukliny drogą zdwojenia względnie potrojenia otrzewnej bez szwu. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad powyższym zabiegiem przemawiał kol. Goldman.

6) Goldman przedstawił **nowotworowo zmienioną nerkę,** usuniętą u 51-letniego Wacława K.

Dolegliwości chorego trwały od 3 miesięcy i polegały na uczuciu pełności w brzuchu, krwiomoczu bez powodu w odstępach kilkutygodniowych; pierwszy raz krwiomocz był 2 lata temu w formie krwawych plam na koszuli, czemu chory nie przypisywał większej wagi. Chory schudł znacznie w ostatnim miesiącu, w ostatnim tygodniu mocz mętny. 18 lat temu przymiot leczony. Badanie wykazało, co następuje: Odżywienie podupadłe, skóra blada, w lewem podżebrzu wyczuwa się guz wielkości głowy noworodka, poruszający się przy ruchach oddechowych, nie bolesny, nierówny na powierzchni; tylna granica guza ginie w okolicy lędźwiowej; wewnętrzne narządy bez zmian. W moczu i odczynie kwaśnym c. g. 10,20, z ilością białka odpowiadającą zawartej krwi, bez cukru, pod mikroskopem strzępy tkanki o niewyraźnym charakterze komórek. Badanie wziernikiem pęcherzowym wykazuje: prawy moczowód wydziela mocz czysty równomiernie, z lewego nie wydziela się nic; po wstrzyknięciu indigokarminu z lewego moczowodu wydziela się zabarwiony mocz po 8 minutach, z lewego wydzielają się strzępki tkanki. — Rozpoznanie kliniczne: nowotwór nerki.

Operacya d. 28. V. 1912: W znieczuleniu morfinowo-eterowem usunięcie nerki cięciem lędźwiowem. Nerka silnie zrośnięta z przeponą, oddzielenie naczyń bardzo utrudnione, udaje się — po podwiązaniu ich jedwabną nawiązką. Podczas oddzielania moczowodu bardzo silne krwawienie i oderwanie się całego guza. W związku z tem zapad, powoli ustępujący po zastosowaniu środków analeptycznych. Pierwsze 2 dni pooperacyjne tętno słabe, powoli się poprawia (wlewanie podskórne Na Cl, strofantyna do żył); 3-go dnia chory czuje się bardzo dobrze. Moczu oddaje 800 gr (przez pierwsze 2 dni po 250); na IV. dzień bez powodu krwotok silny podczas kaszlu, na V. dzień krwotok żołądkowy i jelitowy; pomimo stosowanych środków (Na Cl adrenalina, żelatyna) chory zmarł. Podniesienia ciepłoty przez cały czas po operacyi nie było. Badanie drobnowidowe guza (Dr Lange) brzmi: hypernephroma malignum.

Przypuszczalna przyczyna śmierci trudna do określenia. Nekroskopia wykonana być nie mogła.

(Streszczenie własne).

Preparat mikroskopowy powyższego nowotworu pokazał kol. Lange. E. Sonenberg.

VI. Zjazd techników polskich w Krakowie.

Redakcya otrzymała od komitetu organizacyjnego Zjazdu zawiadomienie, że lekarze nie są obowiązani do uiszczania wkładki uczestnictwa, przyczem przysługuje im prawo bywania na posiedzeniach ogólnych i sekcyjnych i brania udziału w obradach. Podając do wiadomości kół lekarskich to udogodnienie, wyrażamy nadzieję, że Koledzy skorzystają z uprzejmości Szan. Komitetu i wezmą liczny udział w posiedzeniach Zjazdu. Wkładka będzie obowiązywać lekarzy tylko, o ile zechcą uczestniczyć w zebraniach wieczornych i w wycieczkach.

Z bogatego programu Zjazdu przytaczamy poniżej tytuły odczytów, których treść może szczególniej interesować higienistów i lekarzy.

Obrady sekcyjne, z wyjątkiem niektórych odczytów, odbywać się będą w salach Collegium novum.

Czwartek, d. 12. września: Inż. Zygm. Ursini, dyr. wodoc. miej. w Tarnowie: »O wodociągach«. — Inż. Ign. Drexler, inż. bud. miejsk. we Lwowie: »O zakładaniu ulic miejskich«. — Inż. Stef. Stobiecki, inż. Wydziału kraj.: »Z higieny gleby

i o osuszaniu terenów budowlanych i powilgoconych budynków«. — Inż. St. G. Żeleński, właśc. zakł. witraż. w Krakowie: »Historya budowy miast wraz z przeźroczami świetlnemi« (Coll. physicum). — Inż. Zen. Wierzchowski, asyst. Politech. we Lwowie: »Studya nad działaniem maltozy na skrobię«. — Kar. Trochanowski, dyr. szk. realn. w Tarnowie: »Iwonicz i jego zdroje w latach 1839—1912«. — Kar. Trochanowski: »Sprawozdanie z prac chemicznych i bakteryologicznych dokonanych w latach 1906—1901 przy zaopatrzeniu miasta Tarnowa w wodę«.

Piątek, dn. 13. września: Dr Tom. Janiszewski, nacz. fizyk miejski w Krakowie: »Demonstracya najnowszych urządzeń w budynkach sanitarnych w Krakowie«. — Inż. Włodz. Dziakiewicz, inż. cyw. w Krakowie: »O wodociągach miast w Galicyi«. — Inż. Dr Romuald Rosłoński: »Miejskie budownictwo zdrowotne w XVI wieku w Polsce«.

Sobota, dn. 14. września: Inż. Otto Nadolski, inż. Namiestnictwa we Lwowie: »O sanacyi Krynicy«, — Inż. Tadeusz Szczepański, inż. wod miejsk. w Krakowie: »Odżelezienie wód wgłębnych«. — Dr Bron. Biegeleisen, Doc. Polit. we Lwowie: »Potrzeba i zakres działania inżynierów sanitarnych«.— Radca dw. inż. Rom. Ingarden i st. radca bud. inż. Jan Czerwiński: »O robotach obwałowań i kanalizacyi Wisły«. (Coll. physicum).

Niedziela, dn. 15. września: Inż. Wit. Jakimowski, st. inż. Namiest. we Lwowie: »O ochronie wód publicznych przed zanieczyszczaniem ropą i odpadkami naftowymi«. — Inż. Włodz. Dziakiewicz, inż. cyw. w Krakowie: »O kanalizacyi miast Galicyi«. — Inż. Wł. Lucht, z Zamościa: »W sprawie zanieczyszczania rzek«. — Inż. Konrad Gorecki, radca bud. m. w Krakowie: »O rzeźniach miejskich«.

W poniedziałek dnia 16. września odbędą się wycieczki do Sierszy i do Kobierzyna. (Bliższe szczegóły podane będą w »Dzienniku Zjazdowym«).

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek.« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redakcya otrzymała następujący komunikat z prośbą o umieszczenie:

»Panów Kolegów biorących udział w Zjeździe międzynarodowym ginekologów w Berlinie proszę, by w celu porozumienia zechcieli przybyć w niedzielę wieczorem, t. j. 8. b. m. o godz. 9 do kawiarni »Bauera, I. piętro (Unter den Linden)«.

Prof. Mars.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 19. VIII. do 26. VIII. 1912 przypadków: ospy — † 3, płonicy 2, dur wysypkowy — † 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Niedawno odbył się w Bernie szwajcarskiem jubileusz 40-letniej pracy słynnego chirurga Kochera. W mowach podnoszono, że Kocher mimo korzystnych propozycyi pozostał zawsze wiernym Szwajcaryi i przez to przyczynił się bardzo do zwalczania tak częstego w tym kraju wola. Liczba wykonanych przez jubilata operacyi wola wynosi już przeszło 4000. Postanowiono jednę z ulic Berna nazwać ulicą Kochera. Jubilat przekroczył już 70 rok życia, pozostaje jednak dalej na swem stanowisku. Z okazyi jubileuszu ofiarował Kocher 200.000 fr. uniwersytetowi w Bernie na popieranie badań lekarskich. X.

— W Zürichu wprowadziła gmina bezpłatną pomoc położniczą dla kobiet, które mieszkają w mieście dłużej niż rok, a których rodzina ma mniejsze dochody niż 2000 franków rocznie. Rodząca może odbyć poród bezpłatnie w klinice lub w domu; wtedy dostaje do domu akuszerkę i w razie potrzeby lekarza, których opłaca miasto. X.

— Akademia medyczna w Turynie ogłasza konkurs z nagrodą 20.000 lirów z fundacyi Riberi za najlepszą pracę z dowolnej dziedziny medycyny, wykazującą wybitny postęp w nauce. Prace zgłaszać można w języku włoskim, niemieckim, francuskim, łacińskim lub angielskim do 31. grudnia 1916 pod adresem akademii w Turynie. X.

Redakcya otrzymała: Dr J. Bączkiewicz: Pamiętnik Zakładu leczniczego dla dzieci. Warszawa 1912. — W. Nowicki i K. Orzechowski: Stwardnienie guzowate i choroba Recklinghausena, jako jednostka chorobowa pod względem anatomicznym. (Odbitka z »Neurologii polskiej«, Warszawa 1912).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w sierpniu 1912:

Gazeta lek. Nr. 31—34. Dominikiewicz: Kwaśność moczu oraz jej oznaczenie z punktu widzenia fizyko-chemicznego (31—33). — Bernstein: Przypadek kurczu torsyjnego (32—34). — Brochocki: Płód bez czaszki o mózgu niedokształconym, wypadłym. Wypadnięcie wnętrzności przez szczelinę mostkowobrzuszną (33). — Bujwid: Znaczenie czynników socyalnych w powstawaniu gruźlicy (34—35). — Szmurło: Przypadek chłoniaka przegrody nosowej (35).

Medycyna i Kronika lek. Nr 31—35. Bregman (dok. 31). — Watraszewski: O wartości leczniczej wcierań rtęciowych u dotkniętych przymiotem (32—33). — Stein: Kilka słów w sprawie płonicy złagodzonej (32). — Endelman: O związku zmian naczyniowych na dnie oka z zaburzeniami w układzie krwionośnym mózgu (33—34). — Pechkranc: Samoistne rozszerzenie przełyku (c. d. 34—35). — Giedgowd: O rozwoju tchawicy i oskrzeli u dzieci zdrowych i w niektórych chorobach (35).

Tygodnik lek. Nr. 31—36. Czubalski: O fizyologicznem działaniu salwarsanu (31—35). Skałkowski (dok. 34). — Selzer: Próba urządzenia uzdrowiska ludowego dla piersiowo chorych w okolicy Lwowa (32—33). — Raczyński: W sprawie projektu zniesienia oddziału zakaźnego przy szpitalu dziecięcym im. św. Zofii we Lwowie (33). — Mars: O postępowaniu chirurgicznem wobec otrzewnej (35—36). — Kramsztyk: Próby określenia ilości krwi przez skurcz serca wypychanej oraz ich znaczenie praktyczne (36).

Nowiny lek. Nr 8. Czajkowski: O leczeniu swoistem reumatyzmu oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia (c. d.). — St. Trzebiński: O teoryi Freuda i psychoanalizie. — Fr. Chłapowski: O rozbrojeniu ustrojów na powtórne wstrzyknięcie innorodnego białka i o bionomicznem znaczeniu anafilaksyi. — Starkiewicz: Gruźlica dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów (c. d.).

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt I. Tom VII.: Horodyński: Leczenie chirurgiczne przedziurawienia żołądka. — Bursche: Dwa przypadki operowane przepukliny mózgu. — Filipowicz: Sześć przypadków ropnia płuc. — Neugebauer: Tentamen abortus provocandi aut deficiente graviditate uterina, aut praesente extrauterina. — Zawadzki: W sprawie szwu naczyń krwionośnych. — Gabszewicz: Z kazuistyki ostrych ropnych zapaleń nerek.

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 4—6: Krzyształowicz: Histologia pokrzywki guzkowej trwałej. — Serkowski (c. d.).

Zdrowie Z. 8. Bregman: Alkoholizm a zwyrodnienie potomstwa. — Kłossowski: W sprawie zafałszowań produktów spożywczych w osadach i wsiach.

Kronika dentyst. Nr 8—9. Zawidzki (c. d. 8). — Krakowski: Zmiany i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem przymiotu dziedzicznego (9). — Zawidzki (c. d. 9).

Głos lekarzy Nr 15—16. Mikołajski: 1) Kasy chorych w Galicyi. 2) Z wycieczki do zdrojowisk krajowych. — Gantkowski: Alkohol a gruźlica. — Kurkiewicz: Sexologia a sexuologia.

Nasze Zdroje Nr. 17—18. Bandrowski: Bogactwa naszej ziemi (17). — Pawluk: O Niemirowie słów kilkoro (17). — Ebel: U kolebki wodolecznictwa (17—18). — »Es wird nicht verlangt« (18). — Wiczkowski: Rozwój sanatoryum ludowego w Hołosku i akcyi Tow. walki z gruźlicą (18). — Łobaczewski: Przemysł zdrojowy a ustawa przemysłowa (18). — J. I. Kraszewski: O zdrojownictwie polskiem.

Przeglad zdrojowo-kąpielowy Nr. 9—10. Cercha: Znaczenie chemii fizycznej i biologii dla balneoterapii chorób niewieścich.

Słowo lekarskie Nr 15—16. Izby lekarskie mają charakter władz (15). — Co słychać z nową ordynacyą ubezpieczenia społecznego w Niemczech? (15). — Z historyi nauki o gruźlicy (15). — Lekarze wobec ubezpieczenia społecznego w Anglii (16). — O czystości u Japończyków (16).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LI. Kraków, dnia 14. września 1912. Nr 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Zakładu patologii ogólnej i eksperymentalnej Uniw. Jagiell. Dyrektor Prof. Dr K. Klecki.

O wpływie ciąży na rozwój przeszczepionych nowotworów mysich

napisał

Dr Gustaw Nowotny.

Chcąc dać odpowiedź na pytanie, czy ciąża wpływa na rozwój przeszczepionych nowotworów mysich oraz na długość życia myszy, którym się zaszczepiony nowotwór przyjął, rozpocząłem 26. XI. 1910 szereg doświadczeń, a mianowicie przeszczepień tkanki nowotworowej myszom białym.

Nowotwory, używane przezemnie do przeszczepiania o cechach gruczolaka, oznaczone Nr I. i Nr IV, są opisane bliżej w pracy Wrzoska: »O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych« [1]. Miazgę nowotworową szczepiłem podskórnie w okolice pachwin, na grzbiecie, lub też do ogona w dawkach w każdej seryi eksperymentów jednakich, z wyjątkiem seryi II, w której zaszczepiłem niejednakowe dawki.

Tkankę nowotworową zmiażdżoną nożyczkami lub w osobnym do tego służącym przyrządzie rozrzedziłem do połowy rozczynem fizyol. soli kuchennej.

Dawki zaszczepionej miazgi nowotworowej w połowie rozrzedzonej NaCl 0·85% wynosiły od 0·025 cm³ do 0·075 cm³, czyli dawki samej miazgi wahały się, zależnie od szeregu eksperymentów, od 0·0125 cm³ do 0·0375 cm³. W przyrządzaniu miazgi i w samem szczepieniu przestrzegałem ściśle zasad aseptyki.

Ogółem zużyto do doświadczeń 494 samic, z tej liczby u 236 nowotwór się nie przyjął. Na 258 dodatnich myszy, t. j. takich, którym nowotwór się przyjął i wywołał zejście śmiertelne, rodziło, lub jako ciężarne padło 36; z tej liczby tylko 16 odkarmiło swoje młode.

Wyniki moich eksperymentów podaję w tablicy, w której uwzględniam te szeregi eksperymentów, w których zaszczepiony nowotwór przyjął się przynajmniej części zaszczepionych myszy, pomijam zaś te szeregi, w której nowotwór nie przyjął się ani jednej myszy.

[1]) Przegląd lekarski 1910 Nr 52.

Zanim przejdę do omawiania wyników powyższych badań, przytoczę dane z piśmiennictwa, odnoszącego się bezpośrednio do niniejszej pracy. I tak Lewin [2]) przytacza spostrzeżenie Herzoga, który zauważył u ciężarnej samicy szczura, zaszczepionej w okolicy brzucha, znacznie szybszy rozwój mięsaka, aniżeli u szczurów nie ciężarnych. Według badań Haalanda i Bashforda [3]) samice ciężarne posiadają większą odporność na szczepienie tkanką nowotworową. Podobne spostrzeżenie zrobił Borrel [4]). Ehrlich [5]) zaznacza również, że »szczepienie nowotworów u samic ciężarnych daje bardzo często wyniki ujemne, albo też wzrost nowotworu opóźnia znacznie«.

Wreszcie L. Cuenot i L. Mercier [6]) na zasadzie swych spostrzeżeń podają, co następuje: 1) Ciężarne samice są odporniejsze na szczepienie nowotworu. 2) Nowotwór zaszczepiony przed zapłodnieniem rozwija się szybciej w czasie ciąży. 3) Tkanka nowotworowa zanika częściowo lub w zupełności w okresie karmienia, o ile samica karmi więcej niż jedno młode. Zjawisko to tłómaczą autorowie zmianami w krążeniu na korzyść gruczołów mlecznych, przez co tkanka nowotworowa, źle odżywiana, nie znajduje warunków rozwoju; podczas karmienia jednego tylko młodego zmiany te mają nie zachodzić. 4) Nowotwór bardzo powoli rozwijający się rozpoczął szybko się rozwijać po ukończeniu karmienia. Powyższe spostrzeżenia opierają się na bardzo małej liczbie zwierząt, bo tylko na sześciu samicach wogóle, co zresztą autorowie sami zaznaczają.

Wyniki moich doświadczeń wypadły nie zupełnie zgodnie z wynikami badań wymienionych wyżej autorów.

Co do odporności na szczepienie samic ciężarnych, to zbyt mała liczba moich spostrzeżeń nie pozwala na wnioski w tym względzie. Co się zaś tyczy średniej liczby dni życia myszy po zaszczepieniu ich nowotworem, to u samic, które przebyły ciążę, poród lub karmiły, otrzymałem nie jednakowe wyniki.

[2]) Lewin: Die Ergebnisse der exper. Erforschung der bösartigen Geschwülste. Ergebnisse der Inner. med. u. Kinderheilk. Tom I. i II. 1906.

[3]) Lewin: Die bösartigen Geschwülste vom Standpunkt der exper. Geschwulstforschung dargestellt. Leipzig 1909.

[4]) Borrel: Le probléme du cancer. Bulletin de l'Institut Pasteur. Tom V. 1907.

[5]) Prof. Dr Paweł Ehrlich: Szkice o istocie i leczeniu chorób zakaźnych. Stan. Szymanowski. Warszawa 1911.

[6]) L. Cuenot et L. Mercier: Etudes sur le cancer des souris Relation entre la grefle de tumeur, la gestation et la lactation. Compt. rend. d'Acad. des Sciences. Paris 1909,

Myszy zaszczepione nowotworem Nr I.

Liczba szeregu eksperymentów i data zaszczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepienia nowotworu	Liczba zaszczepionych myszy	Liczba myszy, którym się nowotwór przyjął	Ciężarne: Liczba ciężarn., którym się now. przyjął	Ciężarne: Średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotw.	Ciężarne: Średnia waga nowotworu	Ciężarne: Uwagi	Kontrolne: Liczba kontr. którym się nowotw. przyjął	Kontrolne: Średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotw.	Kontrolne: Średnia waga nowotworu	Kontrolne: Uwagi	Po zaszczepieniu nowotworu żyły przeciętnie dłużej o dni: ciężarn.	Po zaszczepieniu nowotworu żyły przeciętnie dłużej o dni: kontrol
I. 28/XI 1910	grzbiet	20	15	2	55·5	4·95	Jedna szczepiona gdy była ciężarna, druga nie karmiła.	13	49·5	4·97		6·0	—
VIII. 11/V 1911	»	—	7	—	—	—		7	49·0	5·65		—	—
X. 8/VI 1911	»	30	11	3	37·3	8·00	Rodziły, nie karmiły.	9	51·0	3·26		—	13·7
XIII. 31/X 1911	ogon	55	8	—	—	=		8	40·0	5·04		—	—

Myszy zaszczepione nowotworem Nr IV.

Liczba szeregu eksperymentów i data zaszczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepienia nowotworu	Liczba zaszczepionych myszy	Liczba myszy, którym się nowotwór przyjął	Ciężarne: Liczba ciężarn., którym się now. przyjął	Ciężarne: Średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotw.	Ciężarne: Średnia waga nowotworu	Ciężarne: Uwagi	Kontrolne: Liczba kontr. którym się nowotw. przyjął	Kontrolne: Średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotw.	Kontrolne: Średnia waga nowotworu	Kontrolne: Uwagi	Po zaszczepieniu nowotworu żyły przeciętnie dłużej o dni: ciężarn.	Po zaszczepieniu nowotworu żyły przeciętnie dłużej o dni: kontrol
II. 7/XII 1910	pachwina	39	28	2	$43^{1}/_{2}$	10·45	Dwie szczep. jako ciężarne rodziły, jedna karmiła.	26	$29^{1}/_{2}$	6·13	Przerzut w płucach.	14	—
III. 30/XII 1910	»	38	33	6	35	5·02		27	$35^{3}/_{4}$	6·58		—	$^{3}/_{4}$
V. 22/II 1911	»	60	50	9	$30^{3}/_{4}$	7·18	Rodziły, 7 karmiło.	41	$28^{1}/_{2}$	5·79	Dwa przerz. w płuc.	$2^{1}/_{2}$	—
VI. 2/III 1911	ogon	39	25	9	$45^{1}/_{5}$	—	Rodziły, 3 karmiło.	16	$48^{1}/_{5}$	3·87	W płucach rozwinęło się 7 nowotworów.	$2^{2}/_{5}$	—
VII. 19/IV 1911	»	50	23	—	—	—		23	38	6·90	W płucach rozwinęły się dwa nowotwory.	—	—
IX. 18/V 1911	grzbiet	10	7	—	—	—		7	34·4	7·87		—	—
XI. 17/VI 1911	ogon	24	11	1	41	4·80	Rodziła, karmiła 2 dni.	10	33	2·16	Jeden nowotwór rozwinął się w płucach.	8	—
XII. 10/VII 1911	»	80	30	3	30	1·90	Rodziły, karmiły.	27	$32^{1}/_{2}$	1·48	W płucach rozwinęło się 20 nowotworów.	—	$2^{1}/_{2}$
XIV. 8/XII 1911	ogon i grzbiet	35	6	1	122	0·40	» »	5	54		Jeden przerzut w płucach.	68	—

Nigdy mi się nie udało stwierdzić szybszego rozwoju nowotworu w czasie ciąży, ani znikania tegoż, nawet częściowego, w okresie karmienia. Przeciwnie niejednokrotnie można było spostrzegać bardzo wybitny stopniowy rozrost nowotworu właśnie u samic karmiących. Natomiast średnia liczba dni życia była w przeważnej części doświadczeń większa u ciężarnych, zwłaszcza u tych myszy, które nietylko rodziły, lecz i swoje młode odkarmiły, aniżeli u myszy, które nie zachodziły w ciążę. Atoli zaznaczyć należy, że nie we wszystkich szeregach doświadczeń wyniki wypadły zgodnie, w niektórych bowiem myszy rakowate, służące do kontroli, żyły po zaszczepieniu nowotworu średnio dłużej, aniżeli te, które były ciężarne i rodziły.

Zresztą należy podkreślić, że w rozwoju zaszczepionych nowotworów zachodzą tak u zwierząt kontrolnych, jak i u tych, które były przedmictem powyższych badań, bardzo znaczne różnice indywidualne.

W powyżej przytoczonych wynikach uderza nizka ogólna liczba zwierząt, które zachodziły w ciążę. Na 236 zaszczepionych z wynikiem dodatnim zaledwie 36 rodziło, a i z tych zaszło w ciążę przed zaszczepieniem nowotworu 3. Wogóle myszy, u których przyjął się był nowotwór, zachodziły bardzo rzadko w ciążę w porównaniu z myszami, którym się zaszczepiony nowotwór nie przyjął. Okoliczność ta tembardziej zasługuje na podkreślenie, że zarówno pierwsze, jak i drugie myszy w każdym szeregu eksperymentów znajdowały się w zupełnie jednakowych warunkach hodowlanych, nawet w jednej klatce. A zatem bardzo małą płodność myszy rakowatych należy przypisać jedynie rozwijającemu się w ich ustroju nowotworowi. Myszy rakowate bardzo rzadko zachodziły w ciążę, chociaż do klatki ich były wpuszczone samce zaraz lub w kilka dni po zaszczepieniu samic i przebywały w niej conajmniej przez kilka tygodni. Zauważyłem bardzo małą płodność zarówno myszy, którym nowotwór przyjął się na grzbiecie lub w pachwinie, jak i u tych, którym został zaszczepiony do ogona z wynikiem dodatnim.

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Ciąg dalszy).

Lekkie przypadki duru brzusznego, trwające 1—2 dni, przebiegające z gorączką, pod postacią ostrego nieżytu żołądka i jelit, zależą przypuszczalnie od trującego działania mnogich l. durowych na błonę śluzową przewodu pokarmowego, podobnie jak to się dzieje w cholerze. Lecz w tych przypadkach l. durowy nie przeciska się do narządu chłonnego i tam się nie rozmnaża, wskutek czego i choroba prędko przemija.

Znane są przypadki, wprawdzie bardzo rzadkie, opisane przez Lenhartza, Weinhardta i innych, w których brakło jakichkolwiek zmian w jelitach, natomiast krew była przepełniona l. durowym. Są to niewątpliwie posocznice durowe w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Przypadek Lenhartza dotyczył rocznego dziecka, którego rodzeństwo chorowało na dur. We krwi tego dziecka stwierdzono l. durowe; objawy kliniczne były następujące: bezprzytomność, drgawki, tężyczka, bezładne ruchy gałek ocznych, sinica, wysoka ciepłota i osłabienie czynności serca, brak różyczki i powiększenia śledziony.

Na sekcyi stwierdzono zaczerwienienie i rozpulchnienie śluzówki okrężnicy, brak owrzodzeń i obrzmienia kęp Peyera oraz grudek. Gruczoły krezkowe były mało obrzmiałe.

Wogóle wielopostaciowość przebiegu duru brzusznego zależy od rozmaitości usadowienia się bodźca chorobowego.

Nazwę »dur brzuszny« należy zachować dla klasycznych przypadków z usadowieniem w narządzie chłonnym jamy brzusznej ew. krezki, dla rzadszych zaś przypadków zakażenia przez l. durowe z odmiennem usadowieniem należałoby zachować nazwę dur (typhus), dodając względnie do zajętego narządu jego nazwę n. p. typhus c. cholecyststide typhosa, typhus c. meningitide typhosa etc. Taką czyni propozycyę Schottmüller, zalecając jednocześnie zarzucenie dawnych nazw, jak to: meningo-nephro-pneumo-tonsillo-aut pharyngo-typhus i t. p., gdyż sprawy, rozgrywające się w odpowiednich narządach, stanowią częściej powikłanie zasadniczej choroby, duru brzusznego. Dla przypadków zaś, w których narządy owe są istotnie pierwotnem lub jedynem siedliskiem l. durowych, odpowiedniejszą byłaby według Schottmüllera przez niego wyżej podana nomenklatura. Zakażenie n. p. może nastąpić z pęcherzyka żółciowego, który uległ zapaleniu bez objawów ze strony jelit, lub też l. durowy może pierwotnie osiedlić się w mózgu, wywołać zapalenie opon mózgowych, tkanki mózgowej, ropień i objawy ogólne. W przypadkach Schottmüllera stwierdzano za życia obecność l. durowych w płynie mózgowordzeniowym, na sekcyi ropne zapalenie miękkiej opony mózgu i rdzenia, w jelitach zaś silny nieżyt grudkowy i obrzmienie gruczołów krezkowych w jednym przypadku, w innych zaś brak było wszelkich zmian w jelitach.

Podobne przypadki upoważniają do twierdzenia, iż nie zawsze l. durowy osiedla się w drogach chłonnych jamy brzusznej. Schottmüller i Fränkel podają w wątpliwość możność wyłącznego lub pierwotnego usadawiania się l. durowego w płucach resp. w ich gruczołach chłonnych. Jednakże kliniczne spostrzeżenia przemawiają za podobną możliwością.

Zatrzymam się nieco dłużej nad ostatnią sprawą, gdyż kilkakrotnie sam lub wespół z innymi kolegami (dwukrotnie z kol. Chojko, a raz z kol. Krauzem) spostrzegałem podczas panującej epidemii duru brzusznego przypadki, które z przyczyny zmian zapalnych w płucach od samego początku choroby dawały powód do mylnego rozpoznania zapalenia płuc. Dopiero dalszy przebieg i badanie bakteryologiczne oraz serologiczne sprostowały rozpoznanie.

Zarówno w dawniejszej, jak i w nowszej literaturze pewna część prac poświęcona jest sprawie t. zw. pneumotyfusu (Rokitansky, Hoffman, Griesinger, Liebermeister, Wagner, Jehl, Raus, Brunneau, Ch antemesse, Kühn, Finkler, Aufrecht, Curschmann, Ritter, Gerhard, Rindfleisch, Lepine, Gastou, Fraenkel, Schotttmüller, Sokołowski).

Odróżnić musimy dwa rodzaje spraw:

1) Zapalenie płuc, przebiegające z objawami durowymi, lecz etyologicznie niedurowego pochodzenia.

2) Dur, rozpoczynający się od zapalenia płuc, które maskuje zasadnicze cierpienie do pewnego czasu, aż wystąpią objawy typowe dla duru, stwierdzonego klinicznie i laboratoryjnie.

W ostatniej kategoryi ciekawem jest pytanie, czy: a) istnieją przypadki wyłącznego usadowienia się l. durowego w płucach bez zmian w jelitach; b) czy też zmiany zapalne w płucach są jedynie pierwszym objawem zakażenia całego narządu chłonnego wraz z układem chłonnym jamy brzusznej.

Ad 1) Zapalenie płuc, przebiegające z objawami durowymi, lecz etyologicznie niedurowego pochodzenia.

Zarówno Fraenkel, jak Curschmann, Aufrecht i Sokołowski, zaliczają zapalenie płuc włóknikowe z przebiegiem durowym do rzędu nietypowych astenicznych postaci.

Choroba rozpoczyna się albo od nagłego dreszczu wśród zupełnego zdrowia, albo też od ogólnego niedomagania, trwającego kilka dni. Czwartego dnia ciepłota dochodzi do 40°. Gorączka trwa 12—17 dni ze stopniowym spadkiem. Często na 1—2 dni przed wystąpieniem gorączki znajdujemy zapalenie gardła lub śluzówki jamy ustnej, niekiedy zaś (Gastou) po silnych dreszczach występuje zapalenie migdałów z wysiękiem żółtawym, ściśle przylegającym do śluzówki, podobnym do dużych pryszczów bez obrzmienia gruczołów podszczękowych. Jednocześnie prawie występuje nawał krwi do płuc. Wogóle sprawa żapalna w płucach ma charakter pełzający. Z początku zajęta jest pewna część płatu, poczem cały płat ulega schorzeniu. Wskutek też tego stopniowego zachorowywania poszczególnych części płatu w jednem miejscu sprawa już ma się ku rozejściu, gdy w drugiem ulega płuco nawałowi i zwątrobieniu. Tem się też tłómaczy, że zarówno oddech, jak i czynność serca ulegają niewielkim zmianom. Fizyczne objawy występują dopiero 2—7. dnia, albo w drugim tygo-

dniu. Są one niewyraźne. Przy opukiwaniu stwierdzamy niewielkie stłumienie, odgłos pusty lub z przydźwiękiem bębenkowym. Przy opukiwaniu zaledwie w niektórych przypadkach znajdujemy oddech oskrzelowy i trzeszczenie, w innych zaś jedynie oddech szorstki z nielicznemi trzeszczeniami. Plwocina jest mało charakterystyczna, a nawet bardzo rzadko zjawia się plwocina rdzawa. Wskutek odurzenia może nie być kaszlu, chory zaś nie odczuwa bólu przy oddychaniu. Niekiedy występują wymioty, wzdęcia i objawy nieżytu jelit.

Gastou u swoich chorych widział obfite wolne stolce barwy żółtej, w przypadku zaś Fraenkla stolce były grochówkowate.

Często bywają zajęte nerki; mocz zawiera białko w mniejszych lub większych ilościach. Na sekcyi stwierdzano miąższowe zapalenie nerek (Kühn). Układ nerwowy bywa często zajęty — odurzenie, bredzenie, napady szału. Oprócz tego spostrzegano petocie lub różyczkę (Ritter, Gaston), występujące, jak w przypadku Fraenkla, ósmego dnia choroby. W tym przypadku był także odczyn dwuazowy.

Finkler w 42 przypadkach podobnego zapalenia płuc znajdował: w 2 dwoinki zapalenia płuc, w 12 gronkowce, w 27 paciorkowce, zaś według Fraenkla w przeważnej części przypadków obecne są dwoinki Fraenkla-Weichselbauma, w innych zaś paciorkowce. Müller w jednym przypadku znalazł l. okrężnicy w plwocinie, krwi i w moczu. Keibrich na sekcyi w płucach również znalazł l. durowe.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Dermatologia i syfilidologia.

Herxheimer i Altmann. **W sprawie leczenia tocznia salwarsanem.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 110). Autorowie zauważywszy, iż po wlewaniach salwarsanu u ludzi ze zmianami gruźliczemi powstaje odczyn miejscowy i sądząc, iż jest to działanie tuberkuliny, powstałej z prątków zniszczonych przez salwarsan, zaczęli leczyć tocznia (lupus) wlewaniami przetworu Ehrlicha. Leczenie kombinują ze wstrzykiwaniami starej tuberkuliny i osiągają metodą taką niezłe wyniki. H. L. Weber.

Krulle. **Odczyn Wassermanna w modyfikacyi Dungerna.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 113). Na podstawie przeszło 150 przypadków dochodzi K. do przekonania, iż »odczyn Wassermanna, wykonywany metodą uproszczoną Dungerna, daje wyniki pewne, na których polegać można, samo zaś wykonanie odczynu jest tak łatwe, iż każdy lekarz bez jakichkolwiek większych wstępnych wiadomości odczyn ten przeprowadzić potrafi«. H. L. Weber.

Stern. **O podniesieniu się ciepłoty ciała u chorych ze zmianami kiłowemi trzeciorzędnemi.** (Archiv f. u. Syph. T. 113). St. sądzi, że podwyższenie ciepłoty ciała, które u ludzi ze zmianami kiłowemi trzeciorzędnemi, zwłaszcza narządów wewnętrznych, dochodzi czasem wysokiego stopnia, zależy przeważnie od samego zarazka kiłowego i produktów przez niego wytworzonych, gdyż często u chorych tych nie można wykryć żadnych innych przyczyn podniesienia się ciepłoty, która opada przy leczeniu przeciwkiłowem. Rzadziej podwyższenie ciepłoty zależy i od powyższej przyczyny i od następowego zakażenia (kiła płuc, elit), w takich zaś razach leczenie przeciwkiłowe wywiera na ciepłotę ciała bardzo mały wpływ. H. L. Weber.

Bernheim. **Doświadczenia kliniczne z wlewaniem kwaśnego rozczynu salwarsanu.** (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 113). Wlewania kwaśnego rozczynu salwarsanu, a więc nie alkalizowanego, rozpuszczonego jedynie w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, nie dają lepszych wyników, aniżeli wlewania zobojętnione w sposób przez Ehrlicha podany, mają natomiast wiele stron ujemnych. Po wlewaniach odczyn czasami ogromnie silny trwa daleko dłużej, niż po wlewaniach obojętnych; z ubocznych zaś objawów występują bardzo często osłabienie narządu krążenia, śpiączka, silne wymioty, biegunki, zapady, wysokie podniesienie ciepłoty ciała. Wielkość dawki, zgęszczenie rozczynu i własności biologiczne rozczynu soli nie grają przy tem żadnej roli. H. L. Weber.

Prof. Bruhns: **Nowoczesne leczenie kiły.** (Med. Klinik, 1912, Nr 25—26). Trzy odkrycia wywołały przewrót w leczeniu kiły: odkrycie krętka bladego, odczyn Wassermanna i salwarsan. Co do krętków, to tylko w jamie ustnej rzecz sprawia trudności, tak mało różnią się krętki blade od krętków zębowych i innych tu znajdowanych. Znalezione jednak na wrzodach czy kilakach nietypowych, wywołujących wątpliwości rozpoznawcze, utrwalają krętki rozpoznanie kiły i nakazują natychmiastowe leczenie, bez wyczekiwania na dodatni odczyn Wassermanna. Co do próby Wassermanna, to autor zastanawia się nad tem, czy wynik jej ma być drogowskazem w leczeniu, czy też ma jedynie znaczenie rozpoznawcze. W drugorzędnym okresie kiły powinna próba Wassermanna wedle autora być drogowskazem w leczeniu o tyle, że przy leczeniu zdąża się do uzyskania ujemnego wyniku próby. Nie zawsze jednak tak długo leczenie należy prowadzić, aż próba wypadnie ujemnie, gdyż bardzo często przy najenergiczniejszem nawet leczeniu odczyn pozostaje dodatni, z drugiej zaś strony wiemy, że często odczyn sam przechodzi z dodatniego w ujemny i bez leczenia lub w kilka tygodni lub miesięcy po leczeniu. Nawet w razie stałego odczynu ujemnego jest autor za przewlekle przerywanem (chronisch-intermittirend) leczeniem, gdyż tylko ono napewno zapobiedz może późnym objawom kiły. Poronne leczenie udaje się czasem przy bardzo wcześnie przedsiębranem energicznem leczeniu rtęcią i salwarsanem, autor jednak zapatruje się dość sceptycznie na ten poronny skutek, radząc mimo braku drugorzędnych objawów i stale ujemnego odczynu Wassermanna poddać chorego kilkakrotnemu leczeniu przeciwkiłowemu. Przechodząc do znaczenia próby Wassermanna w późnym okresie kiły zastanawia się autor nad tem, czy odczyn ujemny stanowczo wyłącza wystąpienie dalszych objawów i czy dodatni stanowczo przemawia za tem, że lada dzień należy oczekiwać nawrotu. Zdania o znaczeniu dodatniego odczynu Wassermanna w późnym okresie kiły, są podzielone: jedni uważają go za dowód kiły czynnej, inni, a między nimi i autor, uważają go za dowód, że badany przeszedł zakażenie kiłowe. Są to często przypadki, które mimo najenergiczniejszego leczenia w późnym okresie zawsze dają odczyn dodatni, albo gdzie powstały pod wpływem leczenia odczyn ujemny wkrótce zamienia się napowrót w dodatni. Co do tych przypadków wypowiada autor zdanie, że jeźli cały szereg lat nie było objawów kiły, a do tego początkowe leczenie kiły było energiczne, to nie należy u chorych takich przykładać wagi do odczynu dodatniego; autor przekonał się bowiem w ciągu ostatnich kilku lat kilkakrotnie, że taki uporczywy odczyn dodatni w późnym okresie sam przez się bez leczenia przechodził w ujemny. Co do salwarsanu, to autor roztrząsa najpierw sprawę zaburzeń, wywoływanych przez salwarsan, a potem przechodzi dopiero do wyników, otrzymanych przez stosowanie tego środka w kile. Wśród zaburzeń na pierwszy plan wysuwają się poruszone przez Fingera tak częste neurorecydywy od chwili stosowania salwarsanu,

które dawniej wprawdzie zdarzały się, ale nie tak często. Autor uznaje wprawdzie, że neurorecydywy obecnie częstsze, niż dawniej, przeczy jednak stanowczo, aby były tak częste, jak Finger twierdzi. Autor spotkał kilkakrotnie niedowład nerwu twarzowego, raz zapalenie nerwu ocznego, raz zaburzenia w sferze nerwu słuchowego, wszystkie te jednak zmiany z czasem ustąpiły same lub pod wpływem drugiego wstrzyknięcia salwarsanu. Autor nie przychyla się również do twierdzenia Fingera, by salwarsan działał trująco na nerwy. Odkąd salwarsan stosuje się w kombinacyi z rtęcią, neurorecydywy występują bardzo rzadko; przemawia to za tłómaczeniem Ehrlicha i Wechselmana, który przyczynę neurorecydyw upatrują w słabej dawce salwarsanu niewystarczającej do zabicia wszystkich krętków usadowionych w nerwach, a pobudzającej krętki ocalałe. Przypadki śmierci po zastosowaniu salwarsanu tłómaczy autor bądź szczególną idyosynkrazyą do przetworów arsenowych, bądź nagłem uwolnieniem się z ciał zabitych krętków wielkich ilości i zatruciem niemi ustroju lub tylko silnym przez nie wywołanym obrzękiem miejscowym ważnych dla życia nerwów mózgowych. Na dowód tego przytacza autor dwa przypadki śmierci, której przyczyną w jednym był obrzęk i przekrwienie korzonków nerwu przeponowego i jako następstwo ustanie oddechu, a w drugim nagłe zaczopowanie tętnicy mózgowej przy istniejących kiłowych zmianach tętnicy (arteriitis syphilitica), a to z powodu odczynu Herzheimera. Liczba przypadków śmierci jest jednak w stosunku do olbrzymiej liczby wstrzyknięć dotąd wykonanych tak znikomo mała, że nie przemawiają one wcale przeciw ogólnemu racyonalnemu stosowaniu tego w leczeniu kiły tak dzielnego środka.

Co do wyników leczenia salwarsanem, to od czasu zastosowania kombinacyi rtęci z salwarsanem odniósł autor wrażenie, że nawroty kiły stały się znacznie rzadsze t. j. występujące w dłuższych przerwach. Wyniki, uzyskane przez nader wczesne stosowania salwarsanu z rtęcią, gdy odczyn Wassermanna jeszcze jest ujemny, t. j. kiła się nie uogólniła, nakazują próbować takiego wczesnego leczenia w każdym przypadku, rozpoznanym na zasadzie wykrycia krętków. O ile takie przypadki okażą się trwale uleczonymi, przyszłość pokaże; dotychczasowa najdłuższa obserwacya wynosi $1^1/_2$ roku. Wpływ salwarsanu z rtęcią na wynik próby Wassermanna jest lepszy, niż dawniej samej rtęci, ma on jednak znaczenie donioślejsze tylko wtedy, gdy wynik próby jest stale ujemny. Co do sposobu wstrzyknięcia, to najlepszym okazał się sposób śródżylny, choć z powodu trudności wykonania i długich przygotowań nie może się nadawać do szerszego zastosowania w praktyce. W kile wrodzonej nadaje się salwarsan także do wstrzykiwań śródżylnych; najlepiej do tego nadają się żyły czaszkowe, choć nie w każdym przypadku zabieg się udaje. Noeggerath poleca w najnowszych czasach do tego celu małą dawkę bardzo zgęszczonego rozczynu, a więc n. p. 0·1 salwarsan w 2 cm^3 płynu. Huebner stosuje u dzieci 0·008 g. salwarsanu na kilogram wagi ciała, autor uważa jednak tę dawkę za zbyt małą.

Streszczając swą pracę przedstawia autor nowoczesne leczenie w ten sposób: Wrzód pierwotny, którego przyrodę stwierdzono napewno przez wykrycie obecności krętków, powinien być wycięty lub przypalony powietrzem gorącem. Następnie wlewa autor dwukrotnie do żyły po 0·5 salwarsanu w odstępie jedno—dwutygodniowym, poczem kilka wstrzyknięć salicylanu rtęci (8—10), w końcu znowu salwarsan do żyły w dawce 0·5 tak, iż chory w krótkim czasie dostaje 1·5 gr. salwarsanu. Teraz, jeżeli niewystąpią objawy ogólne, radzi autor co 6 tygodni badać odczyn krwi i w razie wyniku ujemnego albo leczenie zupełnie przerwać, albo — za czem autor jest bardziej — w odstępach kilkumiesięcznych poddać chorego leczeniu rtęciowemu. Przy wystąpieniu objawów ogólnych radzi autor przeprowadzić leczenie przewlekle-przerywane (chronisch-intermittirend) bez względu na wynik odczynu Wassermanna, choćby ten odczyn nawet stale był ujemny. O tem, czy w danym przypadku użyć należy więcej salwarsanu, a mniej rtęci, rozstrzygają rozmaite względy, a to idyosynkrazya do jednego czy drugiego środka, żywe oddziaływanie na ten czy tamten środek, ciężkość samego przypadku; autor oświadcza się jednak za tem, by ilości rtęci wcale przez salwarsan nie uszczuplać. W okresie trzeciorzędnym należy w razie objawów ze strony układu nerwowego ośrodkowego stosować salwarsan tylko bardzo ostrożnie z obawy wystąpienia zbyt silnego objawu Herxheimera (jak powyżej). Trzeciorzędne zmiany na skórze i w kościach należy bardzo energicznie leczyć w ten sposób, jak przy leczeniu poronnem, ewentualnie mimo ujemnego odczynu Wassermanna po kilku miesiącach przeprowadzić jeszcze raz leczenie rtęciowe. Mondschein.

Prof. Hirsch. **Kiła a marskość nerek.** (Med. Klin. 1912, Nr 28). Pierwszy Wagner opisał dokładniej kiłę nerek. Opisał on nietylko ostre kiłowe zapalenie nerek, ale upatrywał w kile także przyczynę marskości nerek. Ostre kiłowe zapalenie nerek może wystąpić już w początkowym okresie okresu wtórorzędnego kiły i wywołać najcięższe nawet objawy (znaczna ilość białka, dużo wałeczków, obrzęki, objawy mocznicy itd.); z tego zapalenia rozwinąć się może następowa marskość nerek. Kiła może jednak zupełnie nieznacznie prowadzić wprost do marskości nerki. Kiłowego śródmiąższowego zapalenia nerek (nephritis interstitialis) nie można anatomicznie wcale odróżnić od niekiłowego. Łatwiejsze jest rozpoznanie, gdy się rozwiną ogniskowe zmiany łącznotkankowe (nephritis interstitialis chron. fibrosa multiplex). Na nie zwrócił uwagę w nowszych czasach Löhlein, kładąc przytem nacisk na pierwotne kiłowe schorzenia naczyń krwionośnych, jako przyczynę marskości. Opiera on swe twierdzenie na spostrzeżeniu, że marskość nieraz zajmuje jedną tylko nerkę, oraz na spostrzeżeniach innych autorów (Weigert). Co do leczenia, to przez wzgląd na niedomogę nerki w wydzielaniu rtęci należy zachować ostrożność co do stosowania tego leku, by nie wywołać ciężkich zmian jelit z krwotokami i owrzodzeniami kiszki grubej. Autor więc stosuje rtęć bardzo ostrożnie i kombinuje ją z wstrzykiwaniem małych dawek salwarsanu; jeśli zaś objawy nerkowe przypadają na okres trzeci, wtedy podaję też jod. Wszystkie te środki zaczyna podawać od dawek małych, powoli je zwiększając. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

82. Ogólne zebranie 30. marca 1912.

Obecnych gości dwóch, członków dwudziestu cztetech.

1) Na przewodniczącego zebrania został wybrany kol. H. Fidler.

2) Kol. przewodniczący wita gości: kolegę Kozłowskiego z Ojcowa i Wojczyńskiego z Radomia, poczem odczytuje korespondencyę, mianowicie list Tow. lek. w Archangielsku z prośbą o przysłanie egzemplarza Ustawy naszego Towarzystwa, odezwę Towarzystwa imienia Pirogowa z prośbą o zbieranie składek dla głodnych w Rosyi. Postanowiono egzemplarz Ustawy Tow. archangielskiemu przesłać oraz odezwę Towarzystwa im. Pirogowa przyjąć do wiadomości.

3) Kol. Kozłowski z Ojcowa: **O racyonalnem odżywianiu się.** (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi brali udział koledzy: Przyłęcki, Keller, Kram, Korsak, Raszkes, Pełczyński oraz kol. H. Fidler, który dziękuje kol. Kozłowskiemu za przyjazd i wygłoszenie odczytu.

83. Ogólne zebranie wspólnie z przedstawicielami adwokatury i sądownictwa radomskiego dnia 14. kwietnia 1912 r.

Obecnych gości czternastu, członków dwudziestu jeden.

1) Do prezydyum przez aklamacyę wybrani: na przewodniczącego zebrania mecenas Karol Staniszewski, na wiceprezesa kol. Kazimierz Wędrychowski z Szydłowa, na sekretarzy mecenas Stefan Sobieszczawski i kol. Tadeusz Rakowski.

2) Mecenas Józef Kuczyński, odczytuje swój referat: **Rola lekarza w procesie kryminalnym.**

3) Kol. Karol Rychliński z Warszawy, wypowiada rzecz: **Rola biegłego w sprawach karnych, tyczących się poczytalności.**

4) Kol. Józef Pełczyński, odczytuje swoje prace: **Rola biegłego w sprawach karnych, tyczących się uszkodzeń cielesnych.**

Dyskusya była nader ożywiona, przeciągnęła się do późnej godziny, udział brali w niej oprócz prelegentów sędzia Falkiewicz, kol. H. Fidler, kol. Przychodzki i inni.

84. Ogólne zebranie 30. maja 1912.

Obecnych członków dwudziestu trzech, gość jeden.

1) Na przewodniczącego zebrania wybrany kol. H. Fidler, który wita gościa p. Wojczyńskiego, zarządzającego laboratoryum weterynaryjnem gubernialnem.

2) Wybór kandydatów na lekarza naczelnego, mającego powstać szpitala dziecięcego im. Hr. Ożarowskich w Radomiu, odłożono, poczem na przewodniczącego zebrania wybrany został kol. Kosicki, który udziela głosu kol. H. Fidlerowi dla wygłoszenia odczytu: **Nowoczesne poglądy na etyologię i patogenezę ostrych chorób zakaźnych.** (Rzecz przeznaczona do druku). W dyskusyi przemawiał p. Wojczyński.

Członek zarządu sekretarz T. Rakowski.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

Posiedzenie d. 17. grudnia 1911 r.

Obecnych 17 członków. Przewodniczy kol. Czajkowski. Nieobecnego sekretarza zastępuje kol. Zaborski.

1) Kol. Perelman odczytał referat: **O pomocy lekarskiej fabrycznej,** w którym przedstawił obecny stan pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej i jej braki i nakreślił w ogólnych zarysach sposoby, wiodące do usunięcia wadliwych stron dzisiejszej organizacyi pomocy lekarskiej fabrycznej. Kol. Perelman uważa za najlepsze, aby pewna grupa fabryk utworzyła organizacyę, którąby się zajmowała udzielaniem pomocy lekarskiej robotnikom i ich rodzinom; organizacya taka powinna być niezależna tak od fabryk, jak i od robotników i powinna być utrzymana tak przez fabrykantów, jak i robotników. Organizacya ta powinna znieść ambulatorya, a założyć specyalne polikliniki, prowadzone przez odpowiednią liczbę specyalistów i mieć szpital ze wszystkimi oddziałami, własną aptekę z odpowiednimi dobrymi przetworami. Lekarze organizacyi powinni mieć byt całkowicie zabezpieczony, aby nie dążyli do praktyki prywatnej. Niezależnie od organizacyi mogliby istnieć lekarze fabryczni, jako urzędnicy fabryczni, którzy kwalifikują do przyjęcia do fabryk, prowadzą listy nieszczęśliwych wypadków, określają niezdolność do pracy, skierowują chorych do odpowiednich specyalistów i czuwają nad higieną fabryczną.

W dyskusyi kol. Dehnel sądzi, iż główną ujemną stroną ambulatoryów jest przedewszystkiem nadmierna ilość chorych; odczuwać się też daje brak specyalistów, do którychby można niektórych chorych kierować. Gdyby frekwencyę chorych w ambulatoryach ograniczyć do minimum, to ambulatorya mogłyby służyć nadal; mowca nie widzi potrzeby specyalnych poliklinik. Lekarze ambulatoryów powinni się ogólnie oryentować, aby ważniejsze przypadki w czasie właściwym kierować do specyalistów. Co się tyczy utrzymania przez fabryki w szpitalach specyalnych oddziałów, to dopóki nie będzie odpowiednich przepisów państwowych, fabrykanci nie zgodzą się na to. — Kol. Królikowski zaznacza, że gdyby był jeden np. specyalista z danej dziedziny, to będzie to także monopolem, a lekarz ten będzie przeciążony ilością chorych. — Kol. Zieleniewski wyraża zdanie, iż można wyzbyć się w ambulatoryum symulantów, dając zmęczonym urlopy kilkodniowe dla wypoczynku. — Kol. Perelman w końcu wnosi, aby 1) żądać od fabrykantów udzielania pomocy specyalnej, 2) zachęcać kolegów specyalistów do zakładania lecznic prywatnych, 3) ustalić ilość robotników, jakiej jeden lekarz może udzielać pomocy w ambulatoryum i w szpitalu.

Posiedzenie z d. 20. stycznia 1912 r.

Obecnych 22 członków. Przewodniczy kol. Czajkowski.

Kol. Dehnel: **Racyonalny sposób walki z gruźlicą w Zagłębiu.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Weinzieher zwraca uwagę, że nietyle brak wykształcenia, jak utrzymuje prelegent, ile warunki ekonomiczne wpływają na szerzenie się gruźlicy, w skutek szczególnie niekorzystnych warunków u ludzi biednych, źle się odżywiających, źle mieszkających. W swoim sposobie walki z gruźlicą w Zagłębiu prelegent, uwzględnił wyłącznie robotników fabrycznych, chociaż ogromny kontyngent chorych na gruźlicę daje ludność miejska, składająca się przeważnie z rzemieślników, drobnych handlarzy i t. p. Co do samego projektu urządzenia osobnego szpitala, czy uzdrowiska, w jakiej zdrowej miejscowości w pobliżu, to projekt to niezupełnie nowy. Od paru lat już w Towarzystwie lekarskiem, projekty takie szeroko omawiano, urządzano ankiety w tym celu, wszystko jednak się rozbijało o brak odpowiednich funduszów. Czy gruźlicę można uznać za chorobę zawodową i, jako taką, podlegającą wynagrodzeniu, jest co najmniej wątpliwe. Wreszcie wielkim optymiznem tchną zwroty kol. D. do wielkoduszności kapitalistów i wdzięczności ludności robotniczej dla kapitału. Naturalnie między kapitalistami mogą się znaleść ludzie dobrej woli, których sprawa zdrowia społecznego może mocno obchodzić i którzy chętnie ofiarują na ten cel nawet znaczne sumy; o ogóle kapitalistów tego jednak przypuszczać nie można.

Kol. Królikowski sądzi, że główną rzeczą jest w całej sprawie, czy rzeczywiście fabrykanci nie mają odpowiedniej do istniejących przepisów liczby łóżek dla swoich robotników. Jeżeliby w istocie zgodnie z cyframi statystycznemi prelegenta, brakowało 200 łóżek, w takim razie mogłoby się udać drogą nacisku ze strony odpowiednich władz zmusić fabrykantów do wypełnienia tego braku przez wybudowanie szpitala na 200 łóżek. Co do samej choroby, to zdaniem kol. K., gruźlicy nie można uznać za chorobę zawodową.

Kol. Arnold zaznacza, że prelegent mało zwrócił uwagi na etyologię. jak: ogólny sanitarny stan Zagłębia, brak asanizacyi, dobrych dróg i t. p., wogóle słabo rozwinął stronę etyologiczną. Zbudowania osobnego szpitala w miejscowości zdrowej nie można jeszcze nazwać racyonalnym sposobem walki z gruźlicą, jeżeli się nie uwzględnia powyższych, sprzyjających rozwojowi gruźlicy czynników.

Kol. Puterman nie podziela zbyt pesymistycznego poglądu prelegenta na sprawę swoistego leczenia gruźlicy. Liczny zastęp wybitnych klinicystów stwierdził pomyślny wpływ leczenia biologicznego gruźlicy. Co do leczenia sanatoryjnego, to najwięksi jego zwolennicy, Niemcy, w czasach ostatnich ostygli z pierwotnego zapału, przekonaw-

szy się o nietrwałym wyniku kosztownego leczenia sanatoryjnego chorych gruźliczych, bez pośrednictwa innych instytucyi pomocniczych, jak: szkoły leśne, kolonie letnie, ligi przeciwgruźlicze, dyspensatorya i t. p., któreby mogły zabezpieczyć gruźliczych od złych warunków socyalnych. Mowca kładzie wielki nacisk na ligi przeciwgruźlicze (Fürsorgestelle-niemców, dispensaires-francuzów), które, zdaniem jego, bodaj czy nie odgrywają największej roli w walce z gruźlicą.

Kol. Czajkowski również jest tego zdania, że sanatorya przyniosły wielkie rozczarowanie. Co do ilości łóżek, to fabrykanci urzędowo są w porządku. Jeżeli który nie ma własnego szpitala, to ma zarezerwowaną odpowiednią ilość łóżek w innym szpitalu.

Kol. Królikowski uważa za przesadę odmawiania wszelkiego znaczenia sanatoryom; tytuł odczytu uważa za zbyt pretensyonalny, — nie odpowiada on treści. — Takież zdanie wypowiada kol. Podczaski.

Kol. Dehnel zwraca uwagę, że w odczycie mówił o higienie publicznej i prywatnej, że proponuje nie sanatoryum, ale szpital dla gruźliczych, obstaje przy swojej statystyce, według której brakowało 200 łóżek szpitalnych, zgadza się zresztą na zmianę tytułu na »Racyonalny sposób leczenia gruźlicy w Zagłębiu«.

Kol. Pfabe: **Dane statystyczne z ostatnich 10 lat o gruźlicy wśród robotników fabryki »Fitzner i Gamper« w Sosnowcu.**

Praca oparta na materyale ambulatoryjnym, gdzie ścisłe rozpoznanie gruźlicy w początkowych jej okresach jest trudne. Nowoczesne metody rozpoznawcze nie znajdują dotychczas w ambulatoryach fabrycznych zastosowania. Dotychczas posługujemy się wywiadami, dłuższą obserwacyą chorego i jego rodziny i metodami fizycznemi. Te metody nie dają nam, szczególniej w początkowych okresach choroby, pewnych danych. Zdanie to wygłasza Alfred Sokołowski w pracy swej »Najnowsze metody rozpoznawania i leczenia gruźlicy płucnej«.

Prelegent przyłącza się do tych, którzy przywiązują nie małą wagę do ostrego, wydłużonego oddechu nad grzbietem łopatki, najczęściej po prawej stronie występującego, gdyż bardzo często spostrzegał objaw ten na długi czas przed wystąpieniem innych objawów, dla gruźlicy znamiennych. Naogół rozpoznajemy w praktyce ambulatoryjnej suchoty płucne tam, gdzie zmiany w płucach są już wybitniej zaznaczone. Spotykamy bardzo często stany chorobowe, któreby nas na myśl o możliwości gruźlicy w pierwszym okresie lub utajonej naprowadzić mogły: uporczywą niedokrwistość, ogólny upadek sił, długotrwałe zaburzenia w trawieniu, częste i silne krwotoki z nosa, kołatania serca, cierpienia stawów i t. d. Tłem tych stanów jest bardzo często gruźlica. Zadaniem nowoczesnych metod rozpoznawczych będzie ułatwić nam oryentowanie się w tym chaosie; dzisiaj wobec niepewności rozpoznania tracimy cały ten materyał dla statystycznych danych o gruźlicy. Obecny stan szpitalnictwa naszego, a przedewszystkiem brak odpowiednio urządzonych szpitali przyczynia się również w wielkiej mierze do tego, że niedoceniamy ważności ścisłego, na ile nas stać, różniczkowania różnych stanów chorobowych w płucach, bo nie widzimy możności leczenia chorego na gruźlicę płuc w początkowych okresach ze względu na ogromny kontyngent chorych na płuca robotników naszych w Zagłębiu, leży stanowczo w naszym własnym interesie, abyśmy w miarę sił i możności dołożyli wszelkich starań dla poprawy nienormalnych stosunków w lecznictwie chorób płucnych.

Materyał do statystyki prelegent czerpał z kartek ambulatoryjnych (około 20.000). Cyfry podane w poniżej zestawionej tablicy dotyczą chorych gruźliczych w stosunku do ogólnej ilości chorych.

	Liczba badanych chorych	Gruźlica		Przewlekłe choroby płuc na tle prawdopodobnie gruźliczem	Zołzy	Liczba chorych gruźliczych wogóle	% w stosunku do ogólnej ilości chorych	% dzieci zołzowatych
		Płuc	Chirurgiczna					
Mężczyźni	1370	22	3	70		95	7·0%	
Kobiety	832	32	4	59		95	11·4%	
Dzieci	1995	16	16	30	468	62	3·6%	23·4%
	4197	70	23	159	468	252	6·0%	23·4%

Jeżeli do ogólnej liczby chorych 252, dodamy liczbę chorych na zołzy dzieci 468, otrzymamy ogólną liczbę 720 chorych gruźliczych, czyli 17·1% ogólnej liczby chorych. To znaczy, że co szósty chory w naszem ambulatoryum cierpi na gruźlicę. (Autoreferat).

W dyskusyi kol. Puterman zwraca uwagę na znaczny procent gruźlicy wśród młodzieży szkolnej. W Niemczech badaniem klinicznem, anatomopatologicznem oraz biologicznem wykryto 50%—80% jawnej gruźlicy wśród młodzieży szkolnej. — Oprócz kol. P. w dyskusyi uczestniczyli: kol. Starkiewicz, Weinzieher, Królikowski, Dehnel i Wołkowicz S. Weinzieher (Będzin).

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek.« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redakcya kalendarza lekarskiego uprasza za naszem pośrednictwem wszystkich P. T. Kolegów sekretarzy Towarzystw naukowych i zawodowych o łaskawe nadesłanie listy członków wydziału, o ile nastąpiła zmiana składu w porównaniu z wydrukowaną w kalendarzu na rok 1912.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. VIII. do 31. VIII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 3 † 1),

krztuśca 2, ospy wietrznej 4, płonicy 8 † 2 (— † —), duru brzusznego — † — (4 † —), czerwonki 30 † 3 (— † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), tężca 1 † — (— † —).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 26. VIII. do 2. IX. 1912 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 2, dur wysypkowy — † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Nowa ustawa wojskowa wprowadza też dla medyków różne zmiany. I tak obecnie przy linii służyć będą medycy tylko 3 miesiące i to wstępować 1. lipca tak, że nie utracą przez to półrocza. Służbę tę odbywać mogą i przy marynarce po pierwszym roku szkolnym względnie najpóźniej przed ukończonym 24 rokiem życia. Następnych 9 miesięcy służą już po doktoracie, z czego 6 miesięcy (od 1. kwietnia lub od 1. października) w szpitalach wojskowych, a 3 przy linii (najpóźniej przed ukończonym 28 rokiem życia). W czasie tej służby zostaną oni mianowani zastępcami lekarzy wojskowych. W razie wystąpienia z fakultetu lekarskiego muszą byli medycy odbywać owe 9 miesięcy jako zwykli jednoroczni ochotnicy przy linii lub przy sanitetach. X.

Ze względu na coraz to liczniejsze zamachy na życie lekarzy psychiatrów ze strony umysłowo chorych, zarząd miejski w Petersburgu postanowił o ile możności zwiększyć personal służbowy tak, aby wypadał jeden posługacz na 4 chorych (obecnie 1 na 7). X.

— Ministerstwo oświaty we Francyi wprowadziło obecnie reformę studyów medycznych. Mianowicie zniosło ono egzamin z nauk przyrodniczych, a wprowadziło w to miejsce dwa nowe przedmioty: bakteryologię i parasytologię. X.

— We Francyi niektórzy lekarze wojskowi pragną zastosować aeroplany do transportu rannych i zbierają na to odpowiednie składki. X.

— Koło Rouen we Francyi wykopano posążek z czasów rzymskich przedstawiający znakomicie typ rachityczny. X.

— Opieka nad dziećmi zrobiła w Rzymie obecnie znaczne postępy. Najpierw założono tak zwane »case del latte«, w których na wzór instytucyi kropli mleka udziela się rad matkom, waży i obserwuje niemowlęta, a nawet rozdaje się matkom bony na mleko, mięso, lub rozdaje się pożywienie w odpowiednich kuchniach. Dzieci od 1—2 lat doglądają na mieście specyalnie uproszone panie. Od 3 roku życia dzieci mogą uczęszczać do ogródków miejskich przez lat 3, poczem przechodzą do szkół ludowych, gdzie zaczyna się nad niemi roztaczać już opiekę lekarską, w postaci badań lekarzy szkolnych. W godzinach wolnych od nauki pozostają dzieci w t. zw. ricreatori (rodzaj klubu dziecięcego), gdzie bawią się, uczą gimnastyki, sportów, muzyki, dyscypliny wojskowej i t. p. Lokalów na to udziela gmina. Potem wyćwiczone dzieci tworzą hufce i wyruszają ze swymi nauczycielami za miasto. Dla dzieci, mających wady fizyczne, są osobne sale ortopedyczne. Nadto koło Rzymu jest kilka szkół leśnych i na świeżem powietrzu. Dzieci przynoszą sobie tam składane ławki w tornistrze. Prócz tego nauka odbywa się też na dachach szkół, co niezmiernie korzysznie wpływa na zdrowie słabych osobników. Podczas wakacyi wysyła się dzieci nad morze do kolonii gór (campi scholastici) i t. p., przyczem wędrują z obozu do obozu, robią spostrzeżenia topograficzne pod okiem nauczycieli, oglądają zakłady przemysłowe, pomniki historyczne i sławne miejscowości i t. p. Klęsk.

Mianowani: Dr Zdzisław Lachowicz został mianowany referentem sanitarnym przy namiestnictwie we Lwowie. Prof. Otfryd Müller dyrektorem kliniki chorób wewnętrznych w Tybindze. Arnaldo Maggiora zwycz. profesorem higieny w Padwie.

Zmarli: F. A. Forel b. prof. anatomii w Lozannie; W. J. Sinclair prof. położnictwa i ginekologii w Manchesterze; J. Siklossy, docent okulistyki w Budapeszcie.

Redakcya otrzymała: Dr K. Dłuski i Dr St. Rudzki: VIII. Sprawozdanie z działalności sanatoryum dla chorych piersiowo w Zakopanem. Kraków 1912. — Prof. Dr A. Bednarski: O operacyach dekompresyjnych przy zajęciu nerwu wzrokowego. Odb. z »Tyg. lek.« 1912. — Prof. Dr A. Bednarski: Ueber die Dekompressionsoperationen bei Erkrankungen des Sehnerven. Sonderabdr. aus »Archiv f. Augenheilkunde«. Tom LXXII. Zeszyt 1. 1912. — Prof. Dr M. Mosse u. Dr G. Tugendreich: Krankheit und Soziale Lage. Lehmans Verlag, München 1912.— J. Zawadzki: Potrzeby naszych miast i miasteczek. Odb. z Nru 3 »Zdrowia« 1912. — Falgowski: Blasenmole bei Zwillingsschwangerschaft mit vollständiger Austragung der einen Frucht. Sonderabdr. aus Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkologie«. 1911.— W. Falgowski: O rozpoznaniu, czy rak macicy da się jeszcze operować. Odb. z »Przegl. chirurg. i ginekol.« Warszawa, 1911.— Falgowski: O korzyściach operowania drogą pochwową. Warszawa, 1911. — Ludwika Justmann: Einflus der kochsalzarmen u. kochsalzreichen Diät auf die Magensaftsekretion bei Hyperacidität. Inaug-Dissert. Strassburg 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LI. Kraków, dnia 21. września 1912. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O roznosicielach zaraz.

(Rzecz odczytana na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich w lipcu 1911).

Napisał

Prof. Kučera (Lwów).

Poznanie faktu istnienia roznosicieli zaraz (»Bazillentraeger« czy lepiej, według Madsena, »Infectionstraeger«), t. j. faktu, iż drobnoustroje chorobotwórcze mogą utrzymywać się w ustroju i wydzielinach ludzi bez równoczesnych objawów chorobowych, miało dla studyum procesu zakażenia i badania chorób zakaźnych wogóle, nader doniosłe znaczenie teoretyczne. Zmuszało bowiem ponownie do wytłómaczenia warunków, w których ustrój może przechowywać notorycznie szkodliwe drobnoustroje bez żadnej dla siebie szkody, zupełnie tak, jak zwykłe roztocze (saprofity), z drugiej strony budziło ono pytanie, czemu zawdzięczają drobnoustroje możność utrzymywania się w ciele (i to nietylko na powierzchni, lecz i w głębi tkanek) w takich razach, kiedy ustrój (np. ozdrowieńców) posiada niewątpliwie obfity zapas najrozmaitszych środków obronnych, skierowanych przeciw tymże drobnoustrojom wzgl. ich produktom.

Znaczenie powyższego faktu oceniła jednak przedewszystkiem higiena praktyczna: studyum epidemiologii i opierające się na niej zapobieganie chorobom zakaźnym. Najjaskrawiej ilustruje te słowa fakt, że spostrzeżenia, które dziś tłómaczymy jako zjawisko roznosicielstwa, przyczyniły się w wysokim stopniu do usunięcia szranków, jakie stanowiły uciążliwe kwarantanny w dawnem znaczeniu tego słowa. (Np. konferencya drezdeńska z r. 1893, opierająca się na doświadczeniach z epidemii hamburskiej). Bo i jakąż korzyść może n. p. przynieść zatrzymywanie na granicy całych wagonów zboża i towarów, w których przecinkowiec choleryczny tylko wśród szczególnie korzystnych warunków, i to bardzo krótko się utrzymuje, jeżeli równocześnie niespostrzeżenie masowe ich hodowle nieświadomie i bez żadnej ostrożności przemyca zupełnie zresztą niepodejrzany podróżny?

A z drugiej strony, kiedy epidemiologia, tropiąc tem staranniej tych właśnie roznosicieli, coraz to dokładniej zajmowała się otoczeniem chorego, natrafiła na spostrzeżenia, które grożą wprost sprowadzeniem »ab absurdum« samej podwaliny nowoczesnego zwalczania chorób zakaźnych, prowadzonego pod hasłem walki z mikrobem! Tak np. w badaniu szerzenia się zakażeń paratyfusowych stwierdzili niektórzy tak obfite rozpowszechnienie prątka paratyfusu B u ludzi, zwierząt i w ich otoczeniu, iż Conradi nazwał walkę z tym mikrobem w takich warunkach wprost walką z wiatrakami.

Tych kilka słów niech wystarczy do podkreślenia praktycznego znaczenia omawianej sprawy i do uzasadnienia potrzeb krótkiego przeglądu faktów, jakie uzbierano w tym kierunku co do poszczególnych zakażeń.

Mianownictwo ustalone ani też jednolite nie jest. W najszerszem znaczeniu słowa, nazywamy roznosicielem każdego osobnika zdrowego, wzgl. ozdrowieńca, wydzielającego drobnoustroje chorobotwórcze. Lecz z pośród takich właśnie osób zdrowych należy wyróżnić tych, którzy daną chorobę kiedyś — przed dłuższym lub krótszym czasem — przebywali i u których wydzielanie zarazków stanowi tylko przedłużenie takiegoż procesu w okresie choroby, z drugiej strony zaś tych, którzy, uległszy zakażeniu, chorymi »de facto« nigdy nie byli. Są to roznosiciele w ściślejszem znaczeniu słowa, »Bazillentraeger« niemieckich autorów, »porteurs sains« w. Sacquépée[1]), gdy pierwszych określają Niemcy (np. Kirchner[2]), jako »Dauerausscheider«.

W tej gromadzie Sacquépée wyróżnia tych, u których wydzielanie trwa stosunkowo krótko (do 3 miesięcy w durze) jako »porteurs convalescents«, tych zaś, u których wydzielanie ciągnie się przez dłuższy okres, jako »porteurs chroniques«. Dla Froscha[3]) miarodajnym jest okres wydzielania drobnoustrojów, bez względu na to, czy poprzedzała go choroba czy też nie: do 3 miesięcy = »Bazillentraeger«, ponad 3 miesiące = Dauerausscheider«.

Nie trzeba jednak przy tem zapominać, że pewien odsetek »roznosicieli zdrowych« są to w istocie ozdrowieńcy po przebiegu nader lekkim, poronnym danej choroby. Że zresztą nawet u tych roznosicieli, którzy nigdy wcale żadnych oznak chorobowych nie okazywali, np. prątki duru brzusznego jednak nie są zupełnie nieczynne, dowodem tego dodatni odczyn aglutynacyjny, stwierdzony np. w badaniach Dennemarka[4]).

Co do praktycznego znaczenia tych 2 głównych ty-

---

[1]) Bulletin Pasteur. VIII. 1910.
[2]) Klin. Jahrb. XIX. 1908, str. 475.
[3]) ibid. str. 539.
[4]) Ctblt. f. Bakt. O. 54. 1910.

pów roznosicieli, to na ogół można powiedzieć, że u roznosicieli-ozdrowieńców wydzielanie zarazków trwa dłużej, nieraz nawet latami, aniżeli u roznosicieli właściwych (zdrowych), z tego więc względu profilaktyka musi im pilną uwagę poświęcić. Lecz z drugiej strony trzeba i to zważyć, że na ozdrowieńców z natury rzeczy już z góry ma się zwróconą uwagę i stosuje się przeciw nim środki ostrożności, natomiast »roznosiciele zdrowi« pomimo krótkiego zwykle okresu wydzielania zarazków nabierają znaczenia przez to, że, nie zdradzając niczem swego zakażenia, łatwiej uchodzą uwagi i mogą stać się zarzewiem, z którego wybucha pożoga epidemii.

Oprócz powyższych dwóch rodzajów roznosicieli Conradiemu i Simonowi zawdzięczamy spostrzeżenia, według których w durze brzusznym już w czasie wylęgania się choroby może odbywać się wydzielanie prątków. Conradi oznacza takich roznosicieli jako »pierwotnych« (»porteurs précoces« Sacquépée). Podobnie i w epidemiologii chorób osutkowych (zwł. odry i płonicy) nowsze spostrzeżenia coraz to więcej podkreślają okres wylęgania, jako najważniejszy ze względu na rozpowszechnianie się choroby.

Zwróćmy się obecnie po tych ogólnych uwagach do przeglądu dotychczasowych zdobyczy w poszczególnych zakażeniach, przyczem chcę unikać nadmiernego nagromadzania dat statystycznych.

Jeżeli rozpatrzymy najpierw zakażenia ziarenkowcami, to spotykamy tu przedewszystkiem jednę postać chorobową, w której rola roznosicieli występuje nader jaskrawo. Jest to nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych. Istotnie nie znamy drugiej choroby zakaźnej, w którejby roznosiciele odgrywali rolę tak naczelną, jak właśnie tutaj. Można śmiało powiedzieć, że epidemie nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych powstają i łączność ich po przez szeregi lat utrzymuje się prawie wyłącznie dzięki roznosicielom meningokokków. Wiadomo, że pierwotną siedzibą tego mikroba w ustroju ludzkim nie są opony mózgowe, lecz jama nosowa oraz nosowogardłowa. Stąd dopiero następowo przedostają się one u osób usposobionych, głównie młodych, do jamy czaszkowej. Lecz dzieje się tak tylko u bardzo nieznacznej części ludzi zakażonych, u większości pozostają ziarenkowce te na wymienionych błonach śluzowych, wywołując tamże stany zapalne lub nawet nie budząc zgoła żadnych objawów. To też istotnie w otoczeniu chorego bardzo często możemy wykryć meningokokka na błonie śluzowej nosa lub gardła. W epidemii z r. 1905 w Galicyi, zbadanej przez Drobę i przezemnie[5]), wykryto na 189 osób zdrowych z otoczenia chorych 8 razy meningokokka, t. j. u 4·23%. Późniejsze badania podają liczby daleko większe, np. Bruns i Hohn[6]) prawie 50%, głównie u rodziców chorych dzieci. Otóż nie należy sobie wyobrażać, jakoby wszystkie te osoby pozakażały się były od chorego — które to tłómaczenie nasuwa się przedewszystkiem — lecz zakażenie nastąpiło u wszystkich (t. j. u chorego i zdrowych) ze wspólnego źródła (i przeważnie równocześnie), a tylko ten, który był usposobiony, uległ. Chory, unieruchomiony na łóżku, staje się stosunkowo mało niebezpiecznym dla otoczenia (dowodem tego jest zachowanie się zapalenia opon nagminnego w szpitalach, gdzie chorzy tacy nieraz leżą pośród chorych na inne cierpienia — bez żadnych szkodliwych następstw). Natomiast ci, którzy zakazili się również, lecz nieulegli, stają się roznosicielami. W powyżej wspomnianej epidemii w r. 1905 takimi roznosicielami byli głównie robotnicy, wracający z roboty na Ślązku pruskim, którzy wstępując po drodze na nocleg lub odwiedzając swoich krewnych, rozsiewali zarazki zapalenia opon mózgowordzeniowych.

Przy tem trzeba zaznaczyć, że dla przypuszczenia, jakoby meningokokus był drobnoustrojem ogólnie rozpowszechnionym (ubiquitär), coby naturalnie ogromnie zmniejszało znaczenie roznosicieli i pozwalało tłómaczyć powstanie danej choroby tak, jak przyjmujemy co do zapalenia płuc (pneumonia), t. j. przez chwilowe uzyskanie usposobienia, dla takiego przypuszczenia brak nam podstawy. Owszem odwrotnie, są liczne spostrzeżenia, przemawiające przeciw takiemu zapatrywaniu. Jedne z najpierwszych, na większą skalę prowadzonych, były przytoczone już badania Droby i moje; na 160 dzieci w odludnej wiosce karpackiej pomimo skrupulatnego szukania zapomocą odpowiednich pożywek nieznaleźliśmy meningokoka ani razu, tak samo, jak nie stwierdziliśmy go w wiosce, nawiedzonej poprzednio epidemią, w $2^1/_2$ miesiąca po jej wygaśnięciu. Jeżeli następne badania innych, np. Mayera i Waldmanna[7]) w Monachium, wykazywały 1·73% osób, przechowujących meningokoka, t. j. odsetek mało co mniejszy, aniżeli w czasie poprzedzającej tamże epidemi (2·46%), albo jeżeli Schumacher i Aumann[8]) na blizko 1.500 żołnierzy w garnizonach nadreńskich w przeszło 2% mieli wyniki dodatnie, to trzeba pamiętać, że badania te wykonano w okresie po epidemii, a następnie, że przy badaniu śluzu z jamy nosowogardłowej nader łatwo można być wprowadzonym w błąd przez inne, do meningokoka bardzo podobne ziarenkowce.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę duru brzusznego

przez

H. Fidlera (Radom).

(Dokończenie).

Oprócz tego znana jest choroba, zwana papuzią (psittacosis), t. j. zapalenie płuc, przeniesione z papugi na człowieka. Nocard wykrył w szpiku kostnym zmarłych na to papug lasecznika bardzo podobnego do l. durowego. Mathieu również znalazł go we krwi, wziętej z serca chorej zmarłej na tę chorobę. Otóż powyższe cierpienie (pneumonia asthenica)

[5]) Rocznik lekarski I. 1906.
[6]) Ctblt. f. Bakt.

[7]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 47. 1910. Beiheft.
[8]) Ctblt. f. Bakt. Or. 57. 1911.
[9]) Klin. Jahrb. 19. 1908.

nie zasługuje na nazwę pneumotyfusu; o odrzucenie tej nazwy dopominają się nowsi autorowie. Są to zapalenia płuc asteniczne z objawami durowymi, w których etyologia jest różna i w których jedynie badanie bakteryologiczne i serologiczne może rozstrzygnąć rozpoznanie (jak w przypadku Fraenkla), objawy zaś kliniczne są łudząco podobne do duru brzusznego, wskutek czego starsi autorowie zaliczali je do duru (Kühn).

Ad 2 b).

Czy zmiany zapalne w płucach są jedynie pierwszym objawem zakażenia całego narządu chłonnego wraz z układem chłonnym jamy brzusznej?

Tutaj należą α) przypadki, rozpoczynające się prawidłowo jako płatowe zapalenie płuc, gdzie w dalszym przebiegu występują objawy typowe dla duru i β) przypadki, w których z początku mamy objawy duru, wkrótce zaś przyłącza się zapalenie płuc.

Pośmiertne badania w powyższych przypadkach wykazały, iż obok płatowego lub astenicznego zapalenia płuc istniały typowe dla duru zmiany anatomo-patologiczne w jelitach. Badanie bakteryologiczne stwierdziło zarówno w płucach, jak i w plwocinie, obok lasecznika durowego i dwoinki lub inne drobnoustroje, dowody mieszanego zakażenia. A więc do ustroju wtargnęły dwa drobnoustroje: jeden z nich lub obydwa wywołały zmiany w płucach. Dwoinki lub inne pozostały w tkance płucnej, zaś durowe pierwotnie przeniknęły do dróg chłonnych płuc i gruczołów oskrzelowych, a następnie powędrowały dalej i dotarły do swych ulubionych miejsc — narządu chłonnego w jamie brzusznej, wywołując typowe zmiany, a tem samem i objawy kliniczne.

Czy istnieje »pneumotyphus sensu stricto«, t. j. zapalenie płuc, wywołane wyłącznie przez lasecznika Ebertha bez udziału narządu chłonnego jamy brzusznej«, czyli czy płuco może być jedynem i wyłącznem umiejscowieniem duru? Dla tych przypadków nawet zgodnie z Schottmüllerem można przyjąć nazwę »pneumotyphus« albo »typhus e pneumonia«.

Lepine w r. 1878 i 1880 opisał podobne przypadki. Ponieważ jednak prace Lepinea pochodzą z czasów przedbakteryologicznych, brak im też siły dowodowej w postaci badań bakteryologicznych. W przypadkach podobnych na sekcyach znajdowano laseczniki, nieznaczne zmiany natury durowej w jelitach, natomiast typowe dla zapalenia płuc. Do tej pory jednak brak dokładnych badań bakteryologicznych, któreby umożliwiły stwierdzenie istnienia »duru płucnego«, (iż użyję tego wyrażenia), wywołanego przez prątki Ebertha. Należałoby badać krew od pierwszego dnia choroby, plwocinę, a także krew z płuc, otrzymaną przez nakłucie.

Szeroko się rozwiodłem nad tą sprawą, gdyż, jak wyżej mówiłem, w istniejącej epidemii spostrzegałem kilka przypadków, w których objawy ze strony płuc (zapalenie) rozpoczynały chorobę, dominowały pewien czas, poczem dopiero występowały objawy duru brzusznego. Dwa z nich spostrzegałem wspólnie z kol. Chojką, jeden z kol. Krauzem. Wszystkie były badane serologicznie i bakteryologicznie zarówno u nas przez kol. Wojczyńskiego, jak i w Warszawie przez kol. Muttermilcha (1 przyp.). Pierwszy przypadek z zejściem pomyślnem dotyczył 16-letniej dziewczynki. Od pierwszych chwil zachorowania wystąpiły objawy ze strony płuc, z początku w postaci suchego zapalenia opłucnej, potem zaś w postaci obustronnego zapalenia płuc płatowego. Objawy płucne dominowały aż do początku trzeciego tygodnia. Stwierdziliśmy wówczas znaczne stłumienie z jednej strony pod łopatką i osłabienie oddechu. Liczba oddechów 60, sinica, kaszel suchy, męczący, raz pojawiła się rdzawa plwocina. Ciepłota wysoka i odurzenie. Przypuszczając zapalenie płuc i opłucnej (pleuropneumonia), wykonaliśmy nakłucie próbne z wynikiem ujemnym. Wobec tak ciężkich objawów powziąłem podejrzenie, czy nie mamy do czynienia z gruźlicą prosówkową? Dopiero wyhodowanie l. durowego ze krwi chorej i aglutynacya naprowadziły rozpoznanie na tory właściwe. Wreszcie dalszy przebieg choroby zadał kłam ostatniemu przypuszczeniu. W tym przypadku natrafiliśmy na dziwne zjawisko. Laseczniki, wyhodowane ze krwi chorej, nawet w odległych pokoleniach nie ulegały aglutynacyi ani pod wpływem własnej, ani wysokowartościowej obcej surowicy. Był to szczególnie odporny gatunek drobnoustroju durowego na działanie własnej i cudzej surowicy. Do własnej się przyzwyczaił, przeciwko zaś obydwom dobrze się uzbroił.

Drugi przypadek z zejściem śmiertelnem dotyczył 26-letniego mężczyzny, alkoholika, ze śródmiąższowem zapaleniem nerek. Ósmego dnia choroby stwierdziliśmy stłumienie pod prawą łopatką, oddech szorstki, z przodu niekiedy trzeszczenia, kaszel suchy, męczący, oddech przyspieszony. Chory się skarżył na ból w prawym boku; przytomność zachowana, jakkolwiek znać odurzenie. Na brzuchu niewielka różyczka. Śledziona nie powiększona. Tętno 96 przy ciepłocie przeszło 39° C. Wszystko przemawiało za zapaleniem płuc płatowem. 12. dnia objawy w płucach nieco wyraźniejsze w postaci trzeszczeń z tyłu, lecz jednocześnie silne odurzenie i powiększająca się różyczka budziły wątpliwość co do rozpoznania: czy pneumonia asthenica, czy typhus abdominalis z pierwotnem ogniskiem w płucu, czy też »pneumotyphus sensu stricto«. Badanie serologiczne, dokonane przez kol. Wojczyńskiego, stwierdziło aglutynacyę durową do wysokości 1:300; hodowle jałowe. A więc dur! Jedynie nie rozstrzygnęliśmy pytania, czy płuco było jednem z usadowień, czy też jedynem. Było ono wszakże najwcześniejszem usadowieniem sprawy durowej.

W morfologii krwi durowych zachodzą typowe zmiany: zmniejsza się ilość substancyi barwnych, zawartość żelaza, oraz ilość włóknika, — to ostatnie w razie braku powikłań w postaci rozlanego nieżytu oskrzeli lub zapalenia płuc. Podobnie, jak w innych zakaźnych chorobach, występuje mierna niedokrwistość, ilość hemoglobiny zmniejsza się o 10 – 30%, liczba czerwonych ciałek o 1 milion (około). Najbardziej jednak typowe zmiany zachodzą w układzie leukocytowym. Swoistą dla duru jest leukopenia.

W początku choroby i okresie zdrowienia liczba leukocytów jest nieco zwiększona, zaś od połowy pierwszego okresu spada do 4000, a nawet do 2000, z wyjątkiem u dzieci. Im przebieg cięższy, tem leukopenia wybitniejsza. Układ leukocytowy przedstawia się jak następuje: W pierwszych dniach gorączki nieznacznie powiększa się ilość obojętnochłonnych komórek, następnie ilość ich się zmniejsza, aż do ustania gorączki. Komórki eozynochłonne znikają od początku prawie zupełnie lub też zupełnie, z opadaniem

gorączki zjawiają się ponownie, a w okresie zdrowienia występuje wybitna eozynofilia (1200 = około 20%). Ilość limfocytów stale zmniejszona zarówno w I. okresie podnoszenia się ciepłoty, jak i w okresie gorączki stałej. Z chwilą, gdy gorączka ujawnia skłonność do spadku, ilość limfocytów wzrasta. W chwili występowania powikłań zamiast leukopenii pojawia się leukocytoza. Brak leukocytozy podczas powikłań stanowi złą oznakę. Dowodzi to bowiem, że szpik kostny nie jest zdolny oddziaływać na podrażnienie przez tworzenie nowych komórek.

Pomyślnemi oznakami w rokowaniu są: obecność komórek eozynochłonnych podczas wysokiej gorączki, jak również obecność względnie wielkiej ilości obojętnochłonnych bez powikłań. Wzrastanie ilości limfocytów zwiastuje spadek gorączki. Złymi zaś zwiastunami są znaczna leukopenia, wybitnie mała ilość limfocytów i brak leukocytozy podczas powikłań.

Naegeli tłómaczy leukopenię w durze w sposób następujący: Wskutek niedomogi szpiku kostnego, wywołanej przez zatrucie toksynami durowemi, następuje powstrzymanie cytogenezy czyli tworzenia nowych komórek. Naegeli opiera się nietylko na spostrzeżeniach klinicznych, lecz i na danych doświadczalnych oraz anatomo-patologicznych. Limfocytozę zaś w posuniętych okresach duru tłómaczy Naegeli większą odpornością na jad durowy gruczołów chłonnych, w których po pewnym okresie przemijającego porażenia występuje okres wzmożonej czynności.

Leukopenię spotykamy prócz duru w odrze, zimnicy, gorączce maltańskiej, prosówce oraz w chorobie Heine-Media w jej gorączkowym okresie.

Streszczam wszystko, com wyżej powiedział.

Niewątpliwą przyczyną duru brzusznego sensu strictiori jest lasecznik durowy Ebertha Gaffkyego.

Lasecznik ten, przedostawszy się w któremkolwiek miejscu przewodu pokarmowego, dąży natychmiast do dróg chłonnych w całym ustroju, usadawia się zaś przeważnie w narządach chłonnych jamy brzusznej, krezkowych i błony śluzowej jelit, wywołując w nich swoiste zmiany anatomo-patologiczne. Lasecznik z przewodu piersiowego przedostaje się do krwi i w tym okresie występuje gorączka. We krwi pozostaje lasecznik niemal do wygaśnięcia gorączki. Każdorazowemu wtargnięciu nowej seryi laseczników do krwi towarzyszy obostrzenie choroby lub nawrót. Z krwi wędruje lasecznik do różnych narządów, wywołując miejscowe sprawy zapalne, również z krwi przedostaje się ponownie do jelit, w których zawartości oprócz tego w chwili wytworzenia się owrzodzeń, lub odpadania strupów zjawia się w większych ilościach. Z gruczołów chłonnych jamy brzusznej wędruje lasecznik w odwrotnym kierunku do skóry brzucha, wywołując różyczkę. W pęcherzyku żółciowym usadawia się na stałe, przemieszkując w nim nietylko przez czas choroby, lecz nawet szeregi miesięcy po przebytej chorobie. Stąd także przedostaje się do jelit, wytwarzając długotrwałe źródło zakażenia. Zależnie od usadowienia objawy i zmiany anatomo-patologiczne bywają różne. Przepełnienie krwi laseczników durowymi bez zmian w jelitach wywołuje objawy ciężkiej posocznicy; przewędrowanie mnóstwa laseczników durowych przez jelita bez zatrzymywania się w ich błonie śluzowej i gruczołach jamy brzusznej wywołuje objawy zatrucia w postaci ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego, trwającego dni kilka z lekkim przebiegiem. Usadowienie w narządach, (mózgu, płucach, pęcherzyku żółciowym) wywołuje schorzenie tychże w pierwszym rzędzie, któremu mogą towarzyszyć objawy ze strony jelit, a także swoiste zmiany anatomo-patologiczne, lub też schorzenie tych narządów przebiega bez udziału jelit i gruczołów krezkowych. Wielkość i rozległość zmian anatomo-patologicznych w jelitach nie odpowiada ciężkości przebiegu.

Lasecznik durowy wywołuje swoiste zmiany we krwi w postaci leukopenii i znikania komórek eozynochłonnych. Oprócz tego powstają we krwi ciała odczynowe, jak aglutyniny i precipityny, oraz ochronne, jak antyendotoksyny, może antytoksyny, lizyny i opsoniny, warunkujące wyzdrowienie, a także odporność najczęściej na całe życie. Jedynie pewną oznaką rozpoznawczą jest wykrycie lasecznika durowego we krwi chorych.

Dotychczasowe usiłowania swoistego leczenia duru brzusznego nie zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem.

Piśmiennictwo bieżące.

Otyatrya i laryngologia.

Barth: **Wpływ stanu nosa na schorzenia krtani i głębszych dróg oddechowych** (Med. Klinik 1912, Nr. 14). W budowie nosa upatrywać można zasadę zwiększonej powierzchni. Do tego celu służą małżowiny, dalej przegroda nosowa, a nawet jamy boczne nosa, których zawartość powietrzną przy wchodzeniu powietrza do nosa i powstających przez to zmianach ciśnienia miesza się z powietrzem przechodzącem przez nos. Powietrze to ulega zmianom pod kilku względami, bo najpierw ogrzewa się (powietrze po przejściu przez nos ma ciepłotę najmniej 30°), dalej nasyca się parą wodną, a wreszcie przechodząc przez szereg zaułków, oczyszcza się, pozostawiając w nich cząstki pyłu. Ważna jest też nagła zmiana kierunku drogi, którą powietrze dostaje się do gardła po przejściu przez nos, a tu znów migdałek trzeci ze swem utkaniem chłonnem także wielką rolę odgrywa. Przez schorzenia nosa, wywołujące jego zatkanie, odpadają powyższe czynniki, ważne dla całej sprawy oddychania, występuje cały szereg objawów chorobowych, a nawet powstać mogą ciężkie schorzenia narządów oddechowych. A więc najpierw nieżyty gardła z nieznośnem często uczuciem wysychania, palenia w gardle, nieżyty krtani, a głównie strun głosowych, zgrubienia strun w całości lub częściowo. Przy przewlekłem zapaleniu strun i powstałem przez to ich zwiotczeniu, potrzeba przy fonacyi o wiele silniejszego ciśnienia przy wydechu i mocniejszego zamknięcia głośni, struny więc przy tem drażnią się wzajemnie i zapalenie przez to jeszcze się zwiększa, głównie w tem miejscu, gdzie drgające struny najbardziej się stykają, a więc we środku albo nieco przed środkiem wolnego brzegu; te wpływy mechaniczne wywołują powstawanie guzków na strunach (Saugerknötchen). Drugiem następstwem przewlekłego nieżytu krtani jest wrzecionowaty kształt głośni przy fonacyi, a której bezpośrednim powodem jest zanik mięśni (A m. thyreoarytaenoidei interni), a ta zmiana wywołuje również jak tamta, znaczne upośledzenie głosu, szczególnie przy zawodowem jego używaniu.

Związek przyczynowy między stanem nosa, a dychawicą oskrzelową istnieje niezawodnie, chociaż nie w tym

stopniu, jak dawniej mniemano. Ropne sprawy w nosie, w jamach bocznych, a także rozmaite postacie ozeny mogą również stać się przyczyną zakażenia dolnych dróg oddechowych. Dr Mondschein.

Neurologia i psychiatrya.

A. N. Spirtow. **W sprawie ciśnienia krwi u umysłowo chorych.** (Obzor. psychiatr. i neurol. 1911, Nr 5—10). Streściwszy odnoszącą się tu literaturę, autor zdaje sprawę z własnych doświadczeń, dokonanych na 10 chorych (4 z psychozą maniakalnodepresyjną, 2 z pomieszaniem, które następnie przeszło w przedwczesne otępienie, dwóch z pomieszaniem, które minęło, nie pozostawiając widocznych śladów w inteligencyi chorych, a nareszcie dwóch chorych na porażenie postępujące z urojeniem wielkości). Określanie ciśnienia przeprowadzano z zachowaniem wszelkich ostrożności co do względnego spokoju chorych podczas doświadczenia, przy pomocy tonometru Gartnera oraz przyrządu Boulomié, którego rysunek i opis autor w swej pracy zamieszcza. Wyniki doświadczeń były mniej więcej następujące:

Przy zwykłych stanach melancholijnych nie zauważono podniesienia ciśnienia, a natomiast przy stanach maniakalnych oraz przy stanach melancholijnych z podnieceniem występowało nieraz podniesienie ciśnienia. Liczby wieczorne bywały zwykle wyższe od porannych. Tętno i oddech rzadko wychodziły z granic prawidłowych; wahania ich częstości, podobnie jak ciśnienia krwi, naogół niewielkie, były większe nieco przy stanach maniakalnych i melancholii z podnieceniem. Napady strachu lub przygnębienia, o ile nie trwały zbyt długo, wywoływały także tylko niedługo trwające podniesienie ciśnienia (maximum o 20 mm). W stanach pomieszania ciśnienie krwi odznaczało się nieprawidłowym przebiegiem z wielkiemi dobowemi wahaniami. Najwyższe liczby przytem przewyższają najwyższe liczby prawidłowych wahań, natomiast o najniższych liczbach tego powiedzieć nie można. Wahania zmniejszają się równolegle z ustępowaniem objawów pomieszania. Wieczorne liczby także w tej kategoryi psychoz bywały wyższe od porannych, a ta sama reguła stosowała się do częstości tętna i oddechu. Pod wpływem wzruszeń psychicznych podwyższenie ciśnienia krwi dochodziło do 35 mm. Pomiędzy wahaniami ciśnienia krwi, a wahaniami tętna i oddechu stałej równoległości — podobnie jak w poprzedniej grupie, — wykazać nie było można. W dwóch przypadkach porażenia postępującego z urojeniami wielkości dawały się zauważyć nieprawidłowości ciśnienia krwi nieco większe, niż w pierwszej, a nieco mniejsze niż w drugiej z grup, poprzednio omawianych. Na ogół cyfry ciśnienia były raczej wyższe (obaj chorzy cierpieli na stwardnienie tętnic). Częstość tętna, na ogół prawidłowa, niekiedy dochodziła do liczb wyższych, częstość oddechu natomiast spadała do liczb niższych od średniego poziomu. S. Trzebiński.

Dermatologia i syfilidologia.

Brodfeld. **Wrzód miękki na palcu powstały przez samozakażenie.** (Med. Klin. 1912, Nr 28). Autor przytacza przypadek dotyczący pewnego żołnierza, u którego w 10 dni po okazaniu się kilku wrzodów miękkich na wewnętrznej blaszce napletka i zropieniu gruczołów pachwinowych, wystąpił typowy wrzód miękki na grzbietnej stronie wielkiego palca ręki, wielkości 10-halerzówki, ze skłonnością rozszerzenia się; gruczoły pachowe odpowiednie obrzękłe, bolesne. Autor znalazł w ropie zebranej z dna wrzodu pod drobnowidem obok gronkowców także prątki Ducreya. Hodowla agarowa wypadła również dodatnio. Chory ten przez dotknięcie się wrzodu na członku wszczepił sobie jad w skórę palca. Mondschein.

Weiss L. **W sprawie poronnego leczenia wiewióra u mężczyzn.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 113). Sposób W. polega na wstrzykiwaniach zwykłą strzykawką tryprową 3% hegenonu do cewki przedniej. Wstrzykiwania te powtarza się raz dziennie przez 4—5 dni, zatrzymując płyn w cewce przez 5 minut. W. chwali powyższą metodę, przeprowadzoną dotychczas na bardzo zresztą małym materyale, twierdząc, iż hegonon błony śluzowej cewki prawie nie drażni, nie wywołuje żadnych powikłań i że w razie nieudania się leczenia poronnego przez takie wstępne wstrzykiwania skraca się następowe leczenie czasami dość znacznie. H. L. Weber.

Berger. **Blenotin, środek przeciwwiewiórowy, nie drażniący.** (Med. Klinik, 1912, Nr 17). Środek ten, zażywany w kapsułkach (4 razy po 2 dziennie), jest połączeniem czystego olejku santałowego z kamforą, urotropiną, kwasem borowym. Działa bardzo dobrze na bole przy moczeniu, usuwa częste i szkodliwe wzwody przy wiewiórze, zmniejsza wyciek ropny, który po kilku dniach zażywania przechodzi w śluzowy, oczyszcza mocz. Na powikłania ze strony pęcherza wpływa blenotin bardzo dodatnio, usuwając szybko parcie i krwawienie przy końcu moczenia. Przy wiewiórze w wieku dziecięcym, gdzie często z powodu niespokojnego zachowania się dziecka o miejscowem leczeniu mowy być nie może, blenotin stosowany cztery razy dziennie po jednej kapsułce działa równie dobrze i szybko, jak u dorosłych. Dodatnią stroną tego środka jest brak drażniącego wpływu na przewód pokarmowy i nerki, co przy innych dotąd używanych przetworach olejku santałowego zdarza się prawie zawsze. Blenotin wyrabia firma Krewel i Spka (Kolonia). Mondschein.

Junqmann. **Rokowanie i leczenie gruźlicy skóry.** (Klin. therap. Woch. 1912, Nr 20). Rokowanie przy gruźlicy skóry zależy w pierwszym rzędzie od stanu ogólnego i od powikłań w narządach wewnętrznych. Tuberkulina wspomaga bardzo leczenie miejscowe, ale sama nie leczy sprawy. Najdzielniejszym sposobem leczenia jest bezwarunkowo wycięcie, niestety nadaje się ono tylko do przypadków ograniczonych, nie rozlanych. Drugim dość pewnym sposobem leczenia jest światło Finsena, co jednak wymaga wielkiej cierpliwości i kosztów. Daje ono jednak około 60% trwałych i kosmetycznie zadawalniających wyleczeń. Przy toczniu błony śluzowej stosujemy prócz tego promienie Röntgena i środki chemicze. Narzędziem w leczeniu gruźlicy skóry oddającem bardzo złe usługi jest łyżeczka ostra. Promienie Röntgena oddają dobre usługi przy równoczesnych powikłaniach w gruczołach i naczyniach limfatycznych przy sprawach połączonych z rozmiękaniem, brodawkowych i jako przygotowanie do leczenia sposobem Finsena. Podobny zakres ma stosowanie radu. Dobrze też działa lampa kwarcowa Kromayera. Ze środków chemicznych najskuteczniejszym jest pyrogallol (10% maść lub plaster), ew. w kombinacyi z resorcyną, salicylem, dalej nadmanganian potasu i sublimat. Unikać należy przypalania lapisem i Paquelinem, lepiej już działa przyrząd Holländera (gorące powietrze). W ostatnich czasach zachwalają diatermię. A.

Rosenthal. **Miesienie w cierpieniach skórnych.** (Med. Klinik, 1912, Nr 27). R. już przed 25 laty zachęcał do mechanicznego leczenia chorób skórnych; obecnie ponawia tę zachętę na mocy bogatego doświadczenia, zwłaszcza co do miesienia. Oddaje ono cenne usługi w cierpieniach swędzących, dalej w sprawach połączonych z twardnieniem skóry, przy trądziku, odmrożeniach i zmianach naczynioruchowych. Miesienie działa keratoplastycznie, usuwa nadmierne wydzieliny skóry (łojotok), czyni skórę elastyczną, dlatego też nadaje się do blizn, keloidów i t. p. Dobre skutki odnosi też miesienie wokoło wrzodów goleni, przy słoniowacinie, łysinach, przewlekłych wypryskach, a nawet w innych cierpieniach, np. łuszczycy i t. p. Leczenie to powinno uzupełniać inne sposoby i wymaga wielkiej cierpliwości ze strony chorego i lekarza. Nieocenione usługi oddaje wreszcie miesienie kosmetyczne np. twarzy,

gdy chodzi o usuwanie zmarszczek, tłuszczu, wyrabianie cery i t, p. Na twarzy miesić należy w pewnych kierunkach i tak czoło równolegle do brwi od środka na zewnątrz, skronie od wewnątrz i góry ku zewnątrz i na dół, a półksiężycowato przy t. zw. gęsiej łapce, policzki od nosa ku uszom, brodę od środka ku kątowi szczęki i t. p. W niektórych cierpieniach dobre usługi oddaje kombinacya skaryfikacyi z miesieniem (trądzik, figówka, sprawy zastoinowe i t. p.). Do miesienia najlepiej używać wazeliny lub euceryny. A.

Székely. **Nowy sposób wszczepiania włosów w łysinę.** (Tow. lek. Budapeszt II. 1912). Szekély wszczepia w łysinę włosy obce w ten sposób, że długi włos wsuwa w złotą pętelkę, a tę znowu razem z włosem wprowadza pod skórę, przez co odrazu uzyskuje dwa włosy. Na jednem posiedzeniu w ten sposób, udaje się wszczepić do 500 włosów przez $^{3}/_{4}$ godziny. Włosy te i pętelki nie drażnią wcale skóry i utrzymują się znakomicie latami, bo około złotego haczyka tworzy się tkanka łączna. Rzecz prosta, że postępować należy bardzo czysto i operować w znieczuleniu. A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 25. IV. 1912.

Obecnych członków 29. przewodniczy M. Kozłowski.

1) Fudakowski: **O przeroście gruczołu krokowego.** Przypomniawszy w krótkości anatomię gr. krokowego, omawia prelegent dwie główne teorye, tłómaczące istotę przerostu gr. krokowego, — teoryę zapalną i nowotworową. Dalej potrąciwszy o symptomatologię omawia prelegent stosowane dotychczas zabiegi chirurgiczne (kastracya, wazektomia, angioneurektomia, operacya Bottiniego itd. i szczegółowo zatrzymuje się na opisie doszczętnej operacyi Freyera i na modyfikacyi, proponowanej głównie przez Cholcowa, polegającej na założeniu z początku tylko przetoki pęcherzowej i dopiero po upływie 1 — 3 miesięcy usunięciu gruczołu. W przypadkach zaniedbanych ze złym stanem nerek i serca ten sposób dwuczasowej operacyi zmniejsza znacznie niebezpieczeństwo zabiegu i pozwala znacznie rozszerzać wskazania do operacyi. Następnie przytacza prelegent 12 przypadków z praktyki szpitala miejskiego i prywatnej. Z tych 5 operowano dwuczasowo 7-typowym sposobem Freyera. Wiek od 59 do 75 lat. Z operowanych jednoczasowo — dwa zejścia śmiertelne, dwuczasowo — 0. Największa waga usuniętego gruczołu wynosiła w jednym przyp. 113 gram., w drugim 225 gram., ostatni przypadek dotyczy 75-letniego starca, który nie doznawał żadnych dolegliwości pęcherzowych, dopiero nagle uległ całkowitemu zatrzymaniu moczu.

W dyskusyi Reise pyta prelegenta, czy stosował w razie krwotoków przy zabiegu operacyjnym obszywawanie brzegu wewnętrznej rany, jak to doradza Zukerkandl. — Fudakowski wyjaśnia, iż metody Zukerkandla w przypadkach krwotoków nie stosował, używał natomiast tamponady, która ma tę złą stronę, iż często wiedzie do zakażenia.

Reise wspomina, iż bywają przypadki, w których zjawiska kliniczne przerostu gruczołu krokowego bywają bardzo wybitne, natomiast gruczoł bywa mało zwiększony; w przypadkach takich jednak operacya daje wynik bardzo dobry, gdyż zjawiska kliniczne ustępują prędko, dalej pyta prelegenta, jakie są wskazania do zabiegu operacyjnego wobec tego, iż cewnikowanie, stosowane systematycznie daje samo często bardzo dobre wyniki, jakie powikłania spotykał prelegent przy stosowaniu metody operacyjnej Freyera i jakie są jej strony ujemne, a także czy w przypadkach, gdzie cewka zbyt daleko bywa wyciętą, często spotykać się daje następowe nietrzymanie moczu, wreszcie, czy prelegent spotykał przetoki pęcherza moczowego po operacyi.

Fudakowski wyjaśnia, iż na jednym z preparatów prelegenta widać, iż operacya powinna być zastosowana wtedy, kiedy inne zabiegi nie dają wyników, lub też z jakichkolwiek powodów nie mogą być zastosowane, o czem najczęściej rozstrzyga stanowisko socyalne chorych; wobec zaś tego, iż metoda Chalcowa (operowanie dwuczasowe) znacznie obniża % niepomyślnego zejścia zabiegu operacyjnego, zakres wskazań do operowania chorych na przerost gruczołu krokowego znacznie się rozszerza. Operacya Freyera jest zabiegiem wogóle ciężkim, po operacyi spostrzegał mowca tylko raz psychozę, innych powikłań w swoich przypadkach nie spotykał.

Łążyński zwraca uwagę, że zjawiska kliniczne zależne były od przerostu płatu średniego gruczołu krokowego, który jakgdyby klapą zakrywał od wnętrza pęcherza ujście cewki moczowej przy wogóle nieznacznym przeroście sterczu; w przypadkach takich w razie ciężkiego stanu ogólnego można operować część tylko gruczołu, co byłoby zabiegiem względnie łagodnym.

Fudakowski: Można stosować częściowe wycięcie w przypadkach kiedy powiększony jest tylko płat środkowy. Są to jednak przypadki bardzo rzadkie, bo zwykle jednocześnie bywają zwiększone, choćby nieznacznie, także i płaty boczne, które mogą z czasem stać się przyczyną zjawisk chorobowych.

Łążyński opierając się na przypadku Jahnsena, (po operacyi kamienia pęcherza moczowego nastąpiło zupełne zatrzymanie moczu, które ustąpiło dopiero po drugiej operacyi usunięcia przerostu sterczu) przypuszcza, iż kamień, uciskając na dno pęcherza wyprostowywał skurczoną część cewki moczowej, co pozwalało choremu przed litotomią oddawać dowolnie mocz.

Dąbrowski wspomina, iż sądząc ze statystyki Cholcowa zabieg operacyjny w przeroście gruczołu krokowego należy stosować zawsze. — Fudakowski zaznacza, iż Cholcow znacznie ścieśnia zakres przeciwskazań do operacyi, a 2 ciężkie przypadki, spostrzegane przez prelegenta, w których stosowano metodę Cholcowa z bardzo dobrym skutkiem, skłaniają bardzo do zdania Cholcowa.

Cichocki pyta, czy prelegent uważa przerost gruczołu krokowego za sprawę zapalną, czy też nowotworową. — Fudakowski wyjaśnia, iż Ciechanowski i Rothschild za przyczynę przerostu sterczu uważają sprawę zapalną, z 12 jednak przypadków spostrzeganych przez prelegenta, jeden tylko zdaje się stwierdzać zdanie tych autorów, co wykazały badania drobnowidowe. — Trzebiński pyta, czy istnieje związek pomiędzy stwardnieniem tętnic, a przerostem gruczołu krokowego. — Fudakowski wyjaśnia, iż teoryę tego związku wygłosił jeden z uczniów Gyona, obecnie jednak należy uważać ją za obaloną. — Wojciechowski sądzi, iż znajdowanie przerostu gruczołu krokowego u ludzi w wieku podeszłym przemawia za tem, iż sprawa ta jest pochodzenia nowotworowego. — Fudakowski zwraca uwagę, iż dowód ten nie jest niezbitym, gdyż przerost gruczołu krokowego spostrzegano w wieku bardzo młodym nawet u 20 letniego młodzieńca. Sekretarz: Z Gilewicz.

Ankieta przeciwgruźlicza Związku kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków w Galicyi.

Sprawą walki z gruźlicą zajęły się powiatowe Kasy chorych w Galicyi na ostatniem zgromadzeniu delegatów Związku

tych kas, kierowanego przez zarząd Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków dla Galicyi i Bukowiny we Lwowie. O rozpoczętej w tym względzie swojej akcyi rozesłał Zarząd tego Zakładu obszerny komunikat, z którego przytaczamy najważniejsze ustępy.

»Wychodząc z założenia, że skuteczność akcyi zawisłą jest od zainteresowania nią jak najliczniejszych czynników i od uogólnienia walki z gruźlicą, zarząd Zakładu odbył najpierw konferencyę z prezesem galic. Towarzystwa walki z gruźlicą a następnie zaprosił do ankiety nad sprawą pp. Dra Bernadzikowskiego, członka wydziału krajowego, Dra K. Krzyżanowskiego, krajowego inspektora sanitarnego, J. Neumanna, prezydenta, Dra Stahla, wiceprezydenta miasta, prezesa Towarzystwa walki z gruźlicą*) prof. Dra Wiczkowskiego; lekarzy Dra Betta, naczelnego lekarza miejskiej kasy chorych we Lwowie, Dra Stahra, naczelnego lekarza miejskiej kasy chorych w Krakowie, Dra Mikołajskiego, radcę miejskiego, Dra Skałkowskiego, lekarza Zakładu ub. rob. od wyp., posła Hudeca, dyrektora i K. Nachera, sekretarza miejskiej kasy chorych we Lwowie.

Ankieta odbyła pod przewodnictwem Dra A. Małaczyńskiego, prezesa Zakładu, kilka posiedzeń i ostatecznie na podstawie referatu Dra Mikołajskiego, uchwaliła następujące rezolucye:

I. Ankieta uznaje, że klęska gruźlicy, która całej ludności wyrządza olbrzymie szkody, najwięcej dotyka warstw robotniczych. Wobec tego ankieta wita z uznaniem inicyatywę Zgromadzenia delegatów Związku powiatowych kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków, zmierzającą do zwalczania gruźlicy w tych warstwach.

II. Ankieta wyraża zdanie, że tak akcya przeciwgruźlicza wogóle, jak w szczególności akcya do zapewnienia członkom kas chorych leczenia sanatoryalnego, powinny pozyskać jak najwydatniejsze poparcie od gmin, kraju i państwa.

III. Obok szerokich reform społecznych, zapobiegawczych, dążyć należy do tego, aby w niedalekiej przyszłości każdy, zagrożony suchotami, lub już tą chorobą dotknięty mógł otrzymać stosowne leczenie.

Ponieważ tak rozległa działalność lecznicza wymaga uruchomienia wielkich kapitałów na zakładanie sanatoryów ludowych i utrzymanie chorych, a sum potrzebnych na ten cel może za wzorem Niemiec dostarczyć ubezpieczenie społeczne na wypadek niezdolności do pracy, ankieta uznaje tę wielką reformę za nagląco potrzebną w celu położenia tamy dalszemu szerzeniu się gruźlicy.

IV. Zanim to nastąpi, jest obowiązkiem kraju bodaj w mniejszym zakresie uprzystępnić leczenie gruźlicy niezamożnym sferom, a do tego najlepiej służyć mogą osobne pawilony lub oddziały przy szpitalach publicznych, na sposób sanatoryalny urządzone i prowadzone, w których także członkowie kas chorych za opłatą zwykłej taksy szpitalnej pomoc znaleźćby mogli.

We Lwowie i Krakowie pawilony sanatoryalne powstać powinny poza miastem w miejscu, posiadającem dogodne warunki i należycie wyposażone stać się wzorem i niejako szkołą sanatoryalnego leczenia szpitalnego.

Budowę tych pawilonów pod Lwowem i Krakowem i ich prowadzenie objąć może Tow. walki z gruźlicą, jeżeli od gminy uzyska bezpłatnie stosowny grunt, a od kraju i państwa odpowiednią pomoc finansową.

Pomoc kraju polegać może bądź to na wydatnej corocznej subwencyi, bądź na udzieleniu bezprocentowej pożyczki, bądź wreszcie na zagwarantowaniu spłaty pożyczki inwestycyjnej, zaciągniętej w innych instytucyach a w szczególności pożyczki mogącej się uzyskać pod gwarancyą kraju z funduszów Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków.

Związek powiatowych kas chorych może w miarę funduszów tylko skromnemi ofiarami do pokrycia tych inwestycyi się przyczyniać w zamian za zarezerwowanie pewnej liczby miejsc w pawilonach sanatoryjnych dla członków kas chorych za opłatą zwykłej taksy szpitalnej.

V. Ankieta uznaje naglącą potrzebę zakładania dyspensatoryów (miejsc porady i opieki) przeciwgruźliczych za sprawę pierwszorzędnej wagi.

W tym celu w miastach należy w miarę możności zakładać dyspensatorya przeciwgruźlicze, choćby na razie z ograniczonym zakresem działania. Kasy chorych dostarczą Towarzystwu walki z gruźlicą lokalu, jeśli nim rozporządzają.

Także gminy interesowane nie odmówią w tej sprawie pożądanej pomocy.

Należy też dążyć do zorganizowania odpowiedniej akcyi, aby dyspenzatorya przeciwgruźlicze były prowadzone i utrzymywane nawet w najmniejszych miejscowościach drogą ofiarności społeczeństwa.

VI. Dopiero gdy w kraju powstaną przy szpitalach publicznych pawilony i oddziały sanatoryalne, lub gdy uzyska się niezbędne znaczne środki na dalsze rozszerzenie akcyi sanatoryalnej, stanie się aktualną sprawa utworzenia większych sanatoryów ludowych w podgórskich, lesistych i odpowiednio położonych miejscowościach.

W początkowym okresie akcyi przeciwgruźliczej o osobnych takich większych sanatoryach myśleć nie można, gdyż ze względu na bardzo wielką liczbę chorych, potrzebujących leczenia sanatoryalnego, a szczupłości środków należy ograniczać się jak najwięcej w wydatkach, aby to leczenie możliwie jak największej liczbie chorych dostępnem uczynić. Z tego też względu ankieta oświadcza się za jaknajskromniejszym systemem pawilonów sanatoryalnych, które jednak powinny odpowiadać wszelkim wymogom higieny i lecznictwa.

VII. Ankieta wyraża nadzieję, że podania Towarzystwa walki z gruźlicą i Związku powiatowych kas chorych, tudzież Zakładu ubezp. robot. od wypadków, wniesione w myśl powyższego programu akcyi do władz, będą życzliwie rozpatrzone i załatwione.

VIII. Ankieta jest zdania, że stałe współdziałanie kas chorych, Związku powiatowych kas chorych i Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków z krajowem Towarzystwem walki z gruźlicą jest bardzo pożądane i że stosowna reorganizacya Towarzystwa w tym celu jest wskazana. Wspólnemi siłami tych instytucyi powiedzie się łatwiej poruszyć całe społeczeństwo do walki z gruźlicą i walkę tę w masach ludowych spopularyzować. Zarazem przy współdziałaniu tych instytucyi, a ewentualnie i innych czynników da się przeprowadzić pewna decentralizacya akcyi przez tworzenie sekcyi prowincyonalnych.

IX. Ankieta jest zdania, że u nas w sprawie gruźlicy potrzeba jeszcze usilnej propagandy, gdyż społeczeństwo nie zdaje sobie dostatecznie sprawy z olbrzymich rozmiarów klęski i jej szkodliwych następstw w rozwoju ekonomicznym i kulturalnym kraju.

Należy także przez odpowiednie publiczne pouczanie (w szczególności wykłady w kasach chorych) działać wychowawczo na najszersze warstwy społeczeństwa o istocie i szkodliwości gruźlicy oraz o sposobie jej zwalczania i leczenia.

Ankieta apeluje szczególnie do prasy codziennej, aby przez częstsze i więcej wyczerpujące traktowanie sprawy gruźlicy oddziaływała na szerokie koła, a przez to spełniała obowiązek obywatelski uświadamiania społeczeństwa o dotkliwych potrzebach i środkach samopomocy.

Dla przeprowadzenia wskazań, zawartych w rezolucyach powyższych, ankieta zaleca w szczególności:

a) Wniesienie do odpowiednich czynników memoryałów i próśb w duchu rezolucyi.

b) Zakładowi ubezpieczenia robotników od wypadków i Związkowi powiatowych kas chorych przystąpienie do galicyjskiego Towarzystwa walki z gruźlicą w charakterze członków założycieli i wpływanie na kasy związkowe, aby same zostały członkami Towarzystwa i jednały mu członków i subwencye, tudzież popierały tworzenie dyspenzatoryów szczególnie przez udzielanie lokalu.

c) Towarzystwu walki z gruźlicą zmianę statutu w tym duchu, by do Wydziału głównego (§ 19) i komitetu wykonawczego (§ 20) prócz członków wybieralnych, należeli nadto z urzędu z głosem stanowczym reprezentanci zarządu Zakładu ubezp. rob. od wyp. i zgromadzenia delegatów Związku pow. kas chorych, wyznaczani na każdoczesny okres urzędowania członków wybieralnych.

d) Dopóki Towarzystwo walki z gruźlicą nie uzyska dostatecznych funduszów na budowę dalszych baraków pod Lwowem, a nowych pod Krakowem i na prowincyi, względnie dopóki nie otrzyma gwarancyi kraju na spłatę pożyczki na ten cel uzyskać się mającej od Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków, poddaje się Związkowi powiatowych kas chorych pod rozwagę, czyby w ustawowym i statutowym zakresie działania, nie mógł wystawić na razie własnym funduszem ewen-

*) W komunikacie swoim nie rozróżnia zarząd Zakładu ubezpieczenia robotników od wypadków dostatecznie zarządu lwowskiego koła Towarzystwa walki z gruźlicą od ogólnego zarządu tego Towarzystwa; według obecnego statutu Towarzystwa spoczywa ogólny zarząd na razie wspólnie w ręku zarządów Koła lwowskiego i krakowskiego, które są sobie równorzędne.

tualnie łącznie z kasami chorych baraków na razie pod Lwowem i Krakowem i oddać ich w zarząd Towarzystwa walki z gruźlicą do użytku dla członków Związku za taksą z Towarzystwem umówić się mającą.

e) Poddać pod rozwagę Towarzystwa walki z gruźlicą, aby uzyskawszy grunt własny, na podstawie obecnych swych dochodów, a przy pomocy pożyczki przystąpiło do budowy nowego baraku.

f) Towarzystwu »Walki z gruźlicą« opracowanie szczegółów akcyi w myśl rezolucyi V. i IX. (dyspensatorya, propaganda)«.

XVIII. Zjazd austryackich Izb lekarskich w Gracu

w dniach 27. i 28. września 1912.

Na porządku dziennym Zjazdu są następujące sprawy:

1) Uregulowanie stosunku lekarzy do prywatnych zakładów ubezpieczenia od wypadków.

2) Uregulowanie stosunku lekarzy do zakładów ubezpieczenia na życie.

3) Państwowa ustawa sanitarna (Izba styryjska).

4) Lekarski bank kredytowy (Izba dolno austryacka).

5) Zmiana sposobu obrad na zjazdach Izb lekarskich (Izba dolno-austryacka i niemiecka sekcya Izby czeskiej).

6) Pojęcie praktyki lekarskiej (Izba dolno-austryacka).

7) Sprawa lekarzy szkolnych (Izba wiedeńska).

8) Projekt ustawy karnej (Izba wiedeńska).

9) Ugoda co do pobierania opłat od członków przenoszących się do obwodu innej Izby (Izba śląska).

10) Rozbiory moczu wykonywane przez nie-lekarzy (Izba zachodnio-galicyjska).

11) Uwolnienie od opłaty pocztowej lekarskich doniesień o chorobach zakaźnych (niemiecka sekcya Izby morawskiej).

12) Zajęcie stanowiska wobec ustawy aptekarskiej z roku 1906 (Izba styryjska).

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek.« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redakcya kalendarza lekarskiego uprasza za naszem pośrednictwem wszystkich P. T. Kolegów sekretarzy Towarzystw naukowych i zawodowych o łaskawe nadesłanie listy członków wydziału, o ile nastąpiła zmiana składu w porównaniu z wydrukowaną w kalendarzu na rok 1912.

— Instrumentaryum lekarskie (zwłaszcza ginekologiczne i dentystyczne) po ś. p. kol. Smorągiewiczu jest do nabycia u p. Smorągiewiczowej (Podgórze, Józefińska 23).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. IX. do 14. IX. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 2 (obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 10 † — (2 † —), duru brzusznego 4 † 1 (2 † 1), czerwonki 69 † 12 (6 † 1), gorączki połogowej 2 † 2 (— † —), róży — † — (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 2. IX. do 9. IX. 1912 przypadków: ospy — † 1, płonicy — † —, dur wysypkowy 1 † —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na pełnem posiedzeniu komisyi zdrojowej w Szczawnicy dn. 10. IX. zamianowano stałym lekarzem zakładowym na sezon letni Dra Kaliksta Włyńskiego, lekarza klimatycznego z Arco w Tyrolu.

Mianowani: Prof. Hess dyrektorem kliniki okulistycznej w Monachium (jako następca prof. Eversbuscha). — Dr Bogdanow z Moskwy profesorem medycyny wewn. przy uniw. warszawskim. — Dr Czerewkow profesorem pedyatryi w Charkowie. — Dr Adolfi profesorem anatomii w Dorpacie.

Zmarli: Dr Bronisław Jordan Warzycki, emer. starszy lekarz pow. w Krakowie, w 57 r. ż. — Dr Paweł Tęczyński, b. lekarz naczelny szpitala miejskiego we Władywostoku, zmarł w Petersburgu 21. sierpnia b. r. — Dr Władysław Sękowski w Tomaszowie 25. sierpnia b. r. — Prof. Prof. A. Cramer, dyrektor kliniki psychiatrycznej w Getyndze.

Redakcya otrzymała: Dr M. Gockel: Sind bei der chronischen Stauungsinsuffizienz des Magens die gebräuchlichen häufigen Spülungen und Ausheberungen entbehrlich? (Sonderabdr. aus med. Klin. 1912. Nr 30). — Dr E. Cmunt: Die Wirkung der internen Darreichung der Gelatine auf die Viscosität des Blutes. (Sonderabdr. aus med. Klin. 1912. Nr 34). — Dr I. W. Brewer: Die Therapie der Seekrankheit. (Aus Therapeutic Gazette 15. Juni 1912). — Dr P. Greven: Ein Fall von Glaukoma simplex, erfolgreich behandelt nach: v. Arlt mit Pilocarpin und Dionin. (Sonderabdr. aus Nro 40. v. 25. VI. 1912. D. Wchschr. f. Hyg. u. Ther. d. Auges, XV. Jahrgang).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LI. Kraków, dnia 28. września 1912. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O roznosicielach zaraz.

(Rzecz odczytana na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich w lipcu 1911).

Napisał

Prof. Kučera (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Jak długo utrzymuje się zarazek nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych na błonach śluzowych roznosicieli, trudno na pewne stwierdzić. W naszych badaniach średnio około 20 dni (w jednym przypadku 79 dni), w każdym razie w $2^1/_2$ miesiąca po wygaśnięciu epidemii już go w danej wsi nie znaleziono. Według Lingelsheima [9]) znika on u chorych w 90% po 3 tygodniach od chwili zakażenia, Bochalli znalazł u zdrowych w 2 tygodnie 72·3% wolnych od zarazków, Bruns i Hohn natomiast w szeregu przypadków jeszcze po 4 tygodniach wykazali meningokoki.

Roznosiciele meningokoków stanowią najważniejszą przeszkodę w zwalczaniu nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych. O odosobnieniu ich, (zatrzymywaniu na granicy) naturalnie mowy być nie może, odkażanie błon śluzowych zapomocą przepłukiwań płynami przeciwgnilnymi jest bronią obosieczną, drażniąc błonę śluzową; stosowanie suchej surowicy zawiodło. Dużo spodziewano się po pyocyanazie, która według Jehlego w zakażeniach pokrewnym mikrobem (micr. catarrhalis) oddaje tak dobre usługi i z dobrym skutkiem zastosowana została przez Nattera [10]) w 2 przypadkach. Lecz i pyocyanazę należałoby wypróbować na większym materyale. W celu usunięcia pseudomeningokoków Sachs-Mücke [11]) z dobrym skutkiem stosował palenie papierosów formalinowych, których dym kazał roznosicielom zarazków (żołnierzom) przepuszczać przez nos. Tam, gdzie roznosiciel należy do ludzi inteligentnych, dużo można osiągnąć, pouczając go o niebezpieczeństwie, jakie stanowi dla swojego otoczenia, i udzielając mu wskazówek ostrożnego obchodzenia się z wydzieliną nosa i plwociną.

W zakażeniach gronkowcami, paciorkowcami i dwoinkami zapalenia płuc (pneumococcus) sprawę roznosicieli w powyższem znaczeniu słowa trudniej rozpatrywać wobec nader wielkiego rozpowszechnienia tych drobnoustrojów. Wszak np. co do zakażeń paciorkowcowych prawie każdy człowiek jest roznosicielem, skoro obecność paciorkowców na migdałkach należy do zjawisk codziennych. Prawdopodobnie jednak i tutaj będzie można wypowiedzieć więcej stanowcze słowo wtedy, kiedy sprawa pluralizmu czy też unitaryzmu w tej grupie bakteryi będzie lepiej opracowana i kiedy potrafimy poszczególne odmiany paciorkowca ściślej, niż dotąd wyróżnić. Już dzisiaj wskazuje np. Thalmann [12]) na to, że jednak regularnie na migdałkach znajdujące się paciorkowce (strept. longissimus n. sp. i strept. conglomeratus) różnią się od właściwych paciorkowców chorobotwórczych (strepc. pyogenes longus), spotykanych przy typowych sprawach ropnych i przy mieszkowem zapaleniu migdałków (ang. lacunaris), i że w szczególności ozdrowieńcy po zapaleniu mieszkowem stanowią roznosicieli paciorkowców chorobotwórczych.

Z własnego doświadczenia rozporządzam też drobnem, lecz zajmującem spostrzeżeniem mieszkowego zapalenia migdałków u 3 dzieci, rodzeństwa, wywołanego charakterystyczną odmianą paciorkowca (strept. mucosus), przyczem w tydzień po ustąpieniu objawów i zmian miejscowych już nie można było mikroba tego wykazać.

Z zakażeń wywołanych lasecznikami przedewszystkiem należy rozpatrzeć teren klasycznych studyów nad roznosicielstwem wogóle, t. j. zakażenie prątkiem durowym. Tutaj zaś jest to głównie systematyczne od początku bieżącego stulecia prowadzone zwalczanie duru brzusznego w Alzacyi i Lotaryngii, które dostarczyło najwięcej faktów, dotyczących roznosicieli. Stwierdzono przedewszystkiem, że w durze brzusznym wydzielanie prątków w kale ustaje zwykle do 15. dnia po opadnięciu gorączki, Brion i Kayser [13]) znaleźli bowiem w tym dniu 93% ozdrowieńców wolnych od prątków. Lecz nierzadkie są przypadki, w których wydzielanie trwa dłużej i tak: po 10 tygodniach badania Froscha [14]) dały jeszcze w 4·62% wynik dodatni, Drigalski [15]) dla tego okresu podaje ten sam procent (4·7%). Ponad 3 miesięcy przeciąga się wydzielanie prątków durowych według Froscha (l. c.) w 2·47% przypadków, inni (Kayser, Conradi, Lentz i t. d.) podają nawet 4—5%. Jednakże opisano przypadki, w których wydzielanie trwało latami. Już w r. 1907 Klinger, Kayser (l. c.) miał przy-

[9]) Klin. Jahrb. 19. 1908.
[10]) Wedł. Boinet-Olmera, Annales d'hygiène etc. XIV. 1910.
[11]) Hyg. Rundsch. 1911.

[12]) Ctblt. f. Bakt. Or. 56. 1910.
[13]) Arb. aus d. kais. Geshte, 25. 1907.
[14]) Klin. Jahrb. 19, 1908.
[15]) Ctblt. f. Bakt. Or. 35, 1904.

padki, gdzie przeszło $1\frac{1}{2}$ roku wykazywano prątki w kale; dane te — co do tego samego materyału — rozszerza następnie Brückner[16]) do 3 lat. Lentz spostrzegał wydzielanie prątków jeszcze po 21 miesiącach, a w przypadku Froscha (l. c.) trwało ono od r. 1902—1907, t. j. przez $4\frac{1}{2}$ roku. Ten sam autor podaje, że na 310 roznosicieli u 15 można było stwierdzać prątki przez $3\frac{1}{2}$ roku. Mowa tu tylko o takich przypadkach, w których wydzielanie można było śledzić od samego początku zapomocą hodowli. Jeżeli jednak uwzględnimy wywiady i za dostateczny dowód wydzielania prątków durowych uznamy przypadki duru od czasu do czasu pojawiające się w otoczeniu danej osoby, to wypadną jeszcze daleko dłuższe okresy wydzielania prątków. Z ogólnie przytaczanej kazuistyki wyjmuję tylko jako przykłady: Przypadek Friedla[17]), który podaje, że pewna kucharka w ciągu 8 lat zaraziła 8 rodzin, będąc źródłem 24 przypadków duru; kobieta, o której Rosenthal[18]) wspomina, zaraziła w ciągu 10 lat 13 ludzi; Huggenberg[19]) przytacza przypadek dotyczący kobiety, która przez 31 lat rozsiewała dur w swojej rodzinie i stała się powodem 13 zachorowań. W epidemii duru, która nawiedziła w lecie 1909 X. korpus armii niemieckiej, punktem wyjścia była najprawdopodobniej kobieta zajęta w kuchni koszar, która przebywała dur przed 36 laty, u której aglutynacya stale dochodziła do $\frac{1}{200}$, i 2 razy wykazano prątki durowe (Dennemark l. c.). Najdłuższy może z opisanych okres roznosicielstwa przyjmuje autor amerykański Gregg (według Sacquépée) u kobiety, która jeszcze w 52 lat po przebyciu duru była powodem zakażenia.

Jeżeli nawet na tych przypadkach nie będziemy się zbytnio opierać, gdyż łatwo w czasie tak długich okresów mogło zadziałać niespostrzeżenie inne jakieś źródło zakażenia, to możność utrzymywania się prątków durowych latami u niektórych ozdrowieńców została stwierdzona ponad wszelką wątpliwość powyższemi systematycznemi badaniami bakteryologicznemi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Odporność. Uodpornienie. Nadwrażliwość.

Referat, odczytany w Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem dnia 4. maja 1911 r.

Napisał

Dr B. Dziemski.

Ordynator Szpitala św. Wincentego w Lublinie.

Rozróżniamy dwa rodzaje odporności: odporność przeciw bakteryom (Bakterienimmunität) i odporność przeciw jadom (Giftimmunität). Oba rodzaje odporności mogą być wrodzone lub nabyte.

Wrodzoną odporność przeciw bakteryom spotyka się u pewnych gatunków zwierząt, u pewnych ras, wreszcie u pojedyńczych jednostek.

16) Arb. aus d. kais. Gesdhte, 33, 1910.
17) Wedł. Froscha l. c.
18) Wedł. Sacquépée l. c.
19) Ref. Ctblt. f. Bakt. 44, 1909.

Niektórym chorobom zakaźnym podlegają wyłącznie ludzie, innym tylko zwierzęta, n. p. człowiek posiada odporność wrodzoną przeciwko księgosuszowi (pestis bovina), zwierzęta zaś nie chorują na odrę, płonicę. Zwierzęta przeżuwające nie wrażliwe są na zarazki nosacizny, psy są odporne przeciw wąglikowi, a kury przeciw tężcowi, owce w Algierze są znacznie mniej wrażliwe na wąglik i ospę w porównaniu z rasą europejską.

Ogólnie znana jest odporność osobnicza (indywidualna).

Wielu ludzi posiada odporność przeciwko płonicy, ospie, durowi, nawet przeciwko cholerze; jestto najczęściej wrzekomo wrodzona odporność, czyli stan odporności nabytej po przebyciu bardzo lekkiej formy choroby. W nauce o odporności ustalono, iż przebycie najlżejszej postaci danej choroby, może wywołać taką samą odporność, jak przebycie tejże choroby w postaci bardzo ciężkiej.

Wrodzona odporność bywa bezwzględną zaledwie w małej liczbie przypadków, n. p. u ludzi, przeciw księgosuszowi, u zwierząt przeciw płonicy. Najczęściej zaś odporność bywa tylko względną.

Ustroje młode bywają często wrażliwe na takie zakażenie, które dla starszych jest nieszkodliwe; młode gołębie można dość łatwo zarazić wąglikiem, gdy natomiast starsze gołębie są odporniejsze.

Dalej wrodzona odporność może być osłabioną przez rozmaite wpływy jak: głód, pragnienie, zmęczenie, zmiany ciepłoty ciała. Żaby odporne względem wąglika ulegają zakażeniu w wodzie o ciepłocie 35° C. Tak samo wpływa oziębienie. Oskubane kury, zwłaszcza poddane oziębiającemu prądowi powietrza (dośw. Lodego), ulegają zakażeniu wąglikiem, natomiast nieoskubane kury pozostają zdrowemi.

Wrodzoną odporność osłabiają różnorodne ujemne wpływy, jak: utrata krwi, obfite wstrzykiwanie wody, alkohol, sztuczna cukrzyca i t. p. Jest rzeczą znaną, że zewnętrzne wpływy ujemne zmniejszają odporność i u ludzi. Osoby osłabione wskutek niedostatecznego odżywiania, alkoholizmu i t. p. szkodliwych wpływów zawsze padają ofiarą podczas epidemii; wpływy psychicznej natury (smutek, wzruszenie) mogą zwiększyć usposobienie do danej choroby.

Bardzo znaczna ilość materyału zakaźnego może wywołać zakażenie takich zwierząt, które w zwykłych warunkach danemu zakażeniu nie podlegają; białe myszy posiadają odporność względem gruźlicy, można je jednak zakazić dużą ilością laseczników gruźliczych.

Ze wszystkich przytoczonych spostrzeżeń wynika, iż wrodzona odporność w wielu przypadkach bywa tylko względną.

W szeregu przyczyn naturalnej odporności ustroju przeciw żywym sprawcom chorób, na pierwszem miejscu należy postawić zewnętrzne narządy ochronne i obronne: zdrową skórę i nieuszkodzone błony śluzowe, które utrudniają zarazkom wtargnięcie do ustroju, po części mechanicznie (dość wspomnieć czynność nabłonka migawkowego dróg oddechowych i wydzieliny błony śluzowej nosa) po części chemicznie (zabójcze działanie na bakterye soku żołądkowego, wydzieliny pochwy i t. p.).

Behring utrzymuje, iż noworodki wskutek braków w błonie śluzowej, łatwiej ulegają zakażeniu, gdy natomiast osoby dorosłe posiadają w błonie śluzowej narządów trawienia wał ochronny przeciw zakażeniu.

Ponadto ustrój posiada urządzenia ochronne o właściwościach wprost bakteryobójczych; są to białe ciałka krwi, pochłaniające bakterye, czyli komórki żerne; oraz rozmaite ciała ochronne, znajdujące się w sokach ustroju, zwłaszcza zaś w surowicy krwi.

Podług Miecznikowa, pewne komórki ustroju, szczególnie zaś różnego rodzaju białe ciałka krwi, posiadają własność chwytania mikrobów i przetrawiania ich śródkomórkowo. Jeżeli do ustroju odpornego dostaną się za-

razki chorobotwórcze, następuje bardzo silny napływ leukocytów do zagrożonych punktów (chemotaxis positiva). Pochłanianie przez nie mikrobów i przetrawianie zapomocą tych komórek żernych.

Odporność wrodzona, podług Miecznikowa, polega na tem, że fagocyty posiadają przyrodzoną zdolność pochłaniania i niweczenia zarazków, podczas gdy w ustroju wrażliwym zarazki pozostają nietknięte. — Jeżeli czynność fagocytów zostanie zahamowana n. p. wskutek podania makowca, to nawet odporne zwierzęta mogą uledz zakażeniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Higiena.

Rosemann i Buchka. **Znaczenie higieniczne napojów wyskokowych. Zawartość alkoholu w wódkach.** (Zeischr. f. Untersuchung d. Nahrungs u. Genussmittel. Bd. 22. 1911). Zeszłoroczne doroczne zebranie niemieckich chemików środków spożywczych w Dreznie obradowało nad kwestyą uregulowania oceny napojów wyskokowych w szczególności zaś wódek i likierów. Specyalny w tym kierunku referat wygłosił Prof. Juckenak. Sprawozdanie z tegoż referatu przekracza ramy pisma ściśle lekarskiego, tem więcej, że uchwały zapadłe na jego podstawie bieżącego roku ponownej uległy dyskusyi i nie tylko zmienione ale i rozszerzone zostały. Ze stanowiska higienicznego i lekarskiego zasługują na baczniejszą uwagę 2 wykłady wygłoszone jako wstęp do referatu Juckenacka a mianowicie Prof. Rosemanna fizyologa z Münster na temat powyższy, oraz Prof. Buchki: O zawartości alkoholu w wódkach rozpatrujące kwestyę napojów wyskokowych a w szczególności wódek z szerszego kąta widzenia pod względem fizyologiczno-higienicznym jakoteż gospodarczym. Wywody Rosenmanna streścić się dadzą w następujących zdaniach: 1. Nadużywanie alkoholu powoduje ciężkie uszkodzenia rozmaitych narządów, wyniszczenie chroniczne i śmierć. Usprawiedliwić można jedynie mierne używanie wyskoku. 2. Ustrój zwierzęcy chłonie wyskok szybko i spala go prawie całkowicie, w stanie niezmienionym wydziela go jedynie w ilości około 2%. Wpływ alkoholu na ustrój jest a) energetyczny spowodowany przez wywiązanie zawartej w alkoholu chemicznej siły energetycznej, i b) materyalny spowodowany przez niespalony w ustroju alkohol, krążący w organizmie. 3. Chemiczną siłę energetyczną wyskoku (1 gr = 9 kaloryom) wyzyskuje organizm tak jak takąż energię środków spożywczych, teoretycznie uważać go przeto należy za ciało odżywcze. U człowieka zdrowego odżywcza ta wartość alkoholu nie może ze względów praktycznych być braną w rachubę z powodu jego własności trujących. 4. Materyalny sposób oddziaływania alkoholu na ustrój tem się cechuje, że znosi wrażenia i uczucia nieprzyjemne. Wobec tego jednak, że wrażenia te są bez wyjątku ważnemi członami mechanizmu regulującego normalną pracę ustroju, wyłączenie ich przez alkohol naraża organizm na niebezpieczeństwa wynikające z zaburzenia tej regulacyi. I tak: 5. Alkohol znosi uczucie głodu, ztąd niebezpieczeństwo złego odżywienia. 6. Alkohol znosi uczucie zimna, ztąd niebezpieczeństwo wynikające z nadmiernej utraty ciepła oraz zbytnie obniżenie ciepłoty ciała. 7. Alkohol znosi uczucie znużenia, ztąd niebezpieczeństwo nadużycia układu mięśniowego, a z tego tem większe wyczerpanie. 8. Alkohol znosi nieprzyjemne czysto psychiczne wrażenia i uczucia, a wysuwa na pierwszy plan uczucia przyjemne, euphoria. Użyty w chwili odpowiedniej i ilości miernej sprzyja wypoczynkowi ciała i umysłu. 9. Nie dowiedziono, by mierne użycie alkoholu miało działać szkodliwie u ludzi dojrzałych i zdrowych. 10 Alkohol jest używką o wybitnych własnościach i ztąd wprawdzie niebezpieczną, lecz również przy umiejętnem użyciu posiadającą wielką wartość. Wywody Buchki brzmią w streszczeniu: 1. Od pewnego czasu zauważyć można, że wódki pojawiające się w handlu znacznie mniejszą zawierają ilość wyskoku w porównaniu z zawartością tegoż w takich samych gatunkach wódek z przed laty kilku. I dawniej pojawiały się gatunki wódek zawierające mniej alkoholu; przyczyna tego tkwiła po części w ogólnych warunkach gospodarczych. Ponowna podwyżka podatku wódczanego (obowiązująca już w Niemczech a grożąca w Austryi, przyp. sprawozd.) jest prawdopodobnie najważniejszą przyczyną, dlaczego obecnie coraz więcej pojawia się w handlu wódek o mniejszej zawartości wyskoku. 2. O ile zawartość alkoholu w wódkach podano na etykietach nalepionych na flaszkach sprzedawanych w handlu, nie można my ze stanowiska ustawy o handlu i wyrobie środków spożywczych nic zarzucić tego rodzaju osłabieniu siły alkoholowej wódek. W praktyce handlowej niedzieje się to jednak wcale lub też nader rzadko. 3. O ileby zmniejszenie zawartości wyskoku w wódkach sprzyjać miało zdrowemu ruchowi ku wywołaniu wstrzemięźliwości, należałoby je popierać. Istnieją jednak dowody, że umniejszeniem alkoholu w napojach wyskokowych nie osiągnie się powyższego celu, jakoteż że handel i przemysl dla zupełnie innego celu powyższą redukcyę wyskoku praktykuje. 4. Zdrowy ruch abstynencki popierać można również i przy zachowaniu większej zawartości alkoholu w wódkach »Szkodliwemu oddziaływaniu alkoholu objawiającemu się w postaci chorób sprzyja nie większa zawartość alkoholu w napojach wyskokowych używanych do celów leczniczych i jako używki, lecz częste ich spożywanie. 5, Zachodzi obawa, zastąpienia zmniejszonej ilości alkoholu w wódkach i pokrycia łagodniejszego ich smaku dodatkami korzennemi. Oddawna używa się tych przypraw w celu zaoszczędzenia alkoholu w wódkach. Już przy jednorazowem spożyciu wódek przyprawionych większe grozi niebezpieczeństwo dla zdrowia konsumenta, aniżeli z nieco powiększonej ilości alkoholu w wódce. Wprawdzie dawniejszem rozporzędzeniem austryackiem a nowszą ustawą o podatku wódczanym w Niemczech zabroniono zaprawiać wódki ciałami wzmacniającemi ich siłę,nie mniej jednak działalność ustawodawcy na tem polu nie jest wyczerpaną. 6. Należy potępić zastępywanie mniejszej zawartości alkoholu etylowego w wódkach choćby małym dodatkiem alkoholu metylowego. 7. Sprzedaż wódek o mniejszej zawartości alkoholu bez odnośnej deklaracyi na etykiecie konsumentowi, ktory przypuszcza znaleść w nich pewną ogólnie przyjętą siłę, przedstawia się jako ekonomiczne poszkodowanie konsumenta. 8. Nie można przeto usprawiedliwić ani ze stanowiska ustawy o środkach spożywczych ani też ekonomicznego zmniejszonej zawartości alkoholu w wódkach. Żądaniu, by przy sprzedaży wódek obowiązywała deklaracya co do zawartości alkoholu, opierają się sfery interesowane i zastępujące ich interesa związki oraz izby handlowe i przemysłowe i dlatego przeprowadzenie tegoż żądania napotyka na razie na opór. 9. Jest przeto rzeczą wskazaną doprowadzić do porozumienia co do minimalnej zawartości alkoholu w rozmaitych gatunkach wódek pojawiających się w handlu »Sprzedaż wódek zawierających mniejszą od ustanowionej ilość alkoholu dokonywaną bez deklaracyi możnaby wtedy łatwo podciągnąć pod postanowienia karne ustawy o środkach spożywczych. L. B.

A. Holst i T. Fröhlich **O skorbucie doświadczalnym.** (Zeitschr. f. Hygiene Bd. 72. 1912). Świnki morskie żywione wyłącznie różnemi gatunkami ziarna zboża lub chlebem giną w ciągu miesiąca przyczem obraz anatomiczny choroby objawia się w ten sam sposób, co skorbut u człowieka: rozluźnienie dziąseł i ich przekrwienie, wybroczyny krwawe w narządach i t. d. Swinki żywione wyłącznie kapustą, marchwią i lwim zębem — jakkolwiek również ginęły — nie wykazywały wspomnianych zmian anatomopatologicznych. Taki sam wzgl. podobny rodzaj żywienia — pokarmu — jaki powo-

dował śmiertelną chorobę u świnek, wywoływał również—jak autor dowodzi literaturą i skorbut u ludzi. Znany jest dodatni zapobiegawczy, względnie leczniczy wpływ niektórych świeżych roślinnych potraw wobec skorbutu ludzkiego np. cytryn, pomarańcz, świeżych jarzyn zielonych, kapusty kwaśnej. Swinki morskie żywione niemi w doświadczeniach autorów bądź nie zapadały, bądź leczyły się z doświadczalnie wywołanego skorbutu. Zgodnie z doświadczeniem zyskanem przy skorbucie ludzkim stwierdzić mogli autorowie, że dłuższe suszenie roślinnych środków spożywczych zapobiegających skorbutowi pozbawia je w całości lub częściowo specyficznego w tym kierunku wpływu. — Nie można tłomaczyć skorbutu zmniejszeniem dowozu soli zasadowych względnie wyższą kwasotą w ustroju, przyczyny jego należy dopatrywać się w braku związków chemicznych o naturze dotychczas nieznanej, niedostatecznie ocenianych albo też w pokarmie w zbyt małej ilości dostarczanych. O szczegółowej przyrodzie tych związków chemicznych nie zdołali autorowie wyrobić sobie zdania. L. B.

W. Fürst. **Dalszy przyczynek do etyologii sztucznego skorbutu u świnek morskich.** (Zeitschr. f. Hygiene Bd. 72. 1912). Świnki morskie żywione suszonemi nasionami grochu, soczewicy, migdałów zapadają zazwyczaj z objawami podobnemi do skorbutu ludzkiego, objawy te występują jednak później i w formie łagodniejszej aniżeli przy wyłącznem żywieniu ziarnem zbożowem. Zwierzęta żywione pokarmem mieszanym, konserwowanym — zatem niezupełnie świeżym — w którego skład wchodzi roślinny środek spożywczy konserwowany, jednak nie wysuszony — o wybitnej własności oddziałującej przeciw skorbutowi — pozostały zdrowe a w narządach ich nie napotykano zmian właściwych skorbutowi. Mieszanina pokarmu złożona ze środków roślinnych nieposiadających powyższych własności zapobiegawczoleczniczych zupełnie—lub tylko w małym stopniu—powodowała chorobę w krótkim czasie. Środki żywności wywołujące skorbut łatwo można zamienić na lecznicze np. nasiona przez zamoczenie i skiełkowanie. Autor przyłącza się do zdania Holsta i Fröhlicha, że najprawdopodobniejszą przyczyną skorbutu jest brak w pokarmie jednego lub kilku związków chemicznych dotychczas nieznanych. L. B.

Alpers. **Przyczynek do znajomości składu oraz badania mleka krowiego i koziego ze szczególnem uwzględnieniem własności refraktometrycznych serwatki otrzymanej dodatkiem chlorku wapniowego.** (Zeitschr. f. Untersuchung d. Nahrungs u. Genussmittel. 1912 Bd. 23). Własności refraktometryczne serwatki mleka otrzymanej sposobem Ackermanna przy użyciu odpowiednio zgęszczonego chlorku wapniowego badane za pomocą nowego refraktometru nurkowego Zeissa są bardzo wygodną metodą dla stwierdzenia w mleku dodatku wody. Wartości refraktometryczne mleka wahają się jednak w dosyć znacznych granicach w mleku normalnem, szczególnie w okresie latowania się krów. Nie należy przeto wartości metody tej przeceniać i na jej podstawie można w pewnych przypadkach jedynie podejrzewać nie zaś na pewno swierdzać mały dodatek wody do mleka. Dla skutecznego przytłumienia fałszerstwa mleka nie można się obejść bez częstego podejmowania próby stajennej. Według A. waha się refrakcya serwatki krowiej przy $17{\cdot}5^0$ C między 35·8 a 41·3 stopniem wspomnianego przyrządu — w mleku mieszanem wahania są znacznie mniejsze, przeciętnie około $39{\cdot}11^0$.— Mleko kozie wykazuje mniejszą refrakcyę między $34{\cdot}7^0$ a $40{\cdot}3^0$ — średnio 38·0 stopni. L. B.

Arnold. **Tłuszcz mleka kobiecego.** (Zeitschr. f. Unters. d. Nahr. u. Genussmittel Bd. 23. 1912). Tłuszcz mleka kobiecego zawiera więcej kwasu oleinowego a szczególnie kaprylowego, natomiast znacznie mniej masłowego. Rozpuszczalne w wodzie kwasy tłuszczowe tłuszczu zawartego w mleku kobiecem są podobne do takichże samych kwasów zawartych w tłuszczu kokosowym. L. B.

Poppe i Polenske. **Czy karmienie gęsi z dodatkiem trójsiarczku antymonu powoduje u tychże zwyrodnienie tłuszczowe wątroby?** (Arbeit. a. d. kais. Gesundheitsamte B. 38. 1911). Według bardzo rozpowszechnionego zapatrywania ma dodatek trójsiarczku antymonu do forsownie przeprowadzonej karmy gęsi wpływać szczególnie na powiększenie i tłuszczowe zwyrodnienie wątroby u tychże zwierząt. Doświadczenia autorów zapatrywania tego nie potwierdziły, stwierdziły natomiast że wspomniane zmiany tegoż narządu wywołuje już samo forsowne tuczenie. — Pod względem zdrowotnym tuczenie z dodatkiem wspomnianego trójsiarczku o tyle ma jeszcze znaczenie, że handlowy trójsiarczek zawiera zawsze pewne ilości (0·046—0·09%) arsenu, który przechodzić może do wątroby karmionego zwierzęcia. — Zależało przeto autorom na stwierdzeniu, czy wątroba zwierząt karmionych zawiera istotnie arsen. Do wykrycia tegoż użyli szczególnie czułej metody analitycznej, a wynik analizy stwierdził w poszczególnych wątrobach małe ilości antymonu (1·1—3·0 mg.) oraz arsenu (0·1—2·2 mg.). Zdolność gromadzenia antymonu i arsenu w wątrobie była różną u poszczególnych gęsi i nie zależała od ilości (41—82gr) spożytego trójsiarczku. L. B.

K. Poppe. **Przenoszenie zarazków chorobowych za pośrednictwem jaj. Przyczynek do bakteoryologii jaja normalnego.** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte Bd. 37 1911). Wynik bardzo licznych doświadczeń streścić można w następujących zdaniach: 1). Normalne jaje kurze może w zwykłych warunkach zawierać bakterye. Zakażenie białka w jaju może pochodzić z zanieczyszczenia skorupy gotowego już jaja jakoteż z przedostania się zarazka do jaja podczas jego tworzenia się. Bakterye powietrzne oraz kałowe posiadające własne ruchy mogą przenikać przez skorupę jaja gotowego nawet nie uszkodzoną, natomiast zdaje się nie posiadają zdolności tej ziarniaki i bakterye nieruchliwe. Główną sposobność dla zakażenia jaja podczas jego tworzenia dostarcza akt zapłodnienia, podczas którego bakterye z kloaki przedostawać się mogą do jajowodu a ztamtąd zakażać białko i żółtko jaja. Tem to tłomaczy się spostrzeżenie, że świeżo złożone jaja kur niestykających się z kogutem są w przeważnej ilości jałowe, gdy zaś jaja zapłodnione najczęściej zakażone bakteryami. — W białku i żółtku świeżych jaj zakażonych, jakoteż jaj starszych następowo zakażonych napotyka się gronkowce, paciorkowce oraz laseczniki; 54% badanych jaj zawierało bakterye. W 60—70% jaj zakażonych napotkał Poppe gronkowce, w 14—20% bądź paciorkowce bądź laseczniki. Bakteryi chorobotwórczych nie znalazł autor ani w białku ani w żółtku. 2). Przewód pokarmowy kur zawiera obok licznych ziarniaków i laseczników z grupy bakteryi siennych, proteus i okrężnicowej szczególnie wiele odmian ostatniej grupy wyróżniających się od typowej bakteryi okrężnicowej brakiem jednej lub kilku cech biologicznych. W jajowodzie kur napotykał P. z poprzednio wymienionych bakteryi tylko ziarniaki i bact. putridum non liquefaciens. 3). W przenoszeniu zarazków za pośrednictwem jaj mogą brać udział tylko jaja posiadające zarazki na skorupie jak również zawierające je w swojej treści, w ostatnim wypadku zakażenie jaj zarazkiem pochodzić może bądź ze skorupy bądź podczas tworzenia się jaja. Przy przenoszeniu się zarazków chorobowych, bakteryi, przeniesionych na jaja z kałem, krwią lub innemi wydalinami zwierząt chorych rozstrzyga ich odporność wobec czynników zewnętrznych w szczególności wobec wysuszenia. Możliwość szerzenia się cholery kur za pośrednictwem jaj jest bardzo ograniczoną, gdyż właściwy chorobie tej zarazek szybko ginie w kale, umieszczonym na jaju, w ciągu 4 dni. Bakterye paratyfusu B zachowały żywotność swą na jajach jeszcze po 10 dniach — z wysuszonego kału kur jeszcze po 35 dniach dały się wyhodować — bakterye te mogą zresztą wędrować do jaja przez skorupę. Jest przeto rzeczą możliwą, że za pośrednictwem jaj zarazek ten może się roznosić. W jajach zwierząt sztucznie zakażonych zarazkami cholery kurzej, czerwonki, lub paratyfusu i mimo to zdrowych lub tylko przejściowo chorujących — na paratyfus — nie udało się stwierdzić odnośnych zarazków. Wbrew przeto innym

badaczom, którzy w jajach kur zapadłych na cholerę kurzą znajdowali swoiste bakterye, uważa na podstawie własnych doswiadczeń P. roznoszenie zarazków za mało prawdopodobne już z tej przyczyny, że kury zapadłe na choroby zakaźne rychło tracą zdolność składania jaj.

L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z d. 17 lutego. 1912.

Obecnych 22 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1. Kol. Arnold: Przypadek **tumoris abdominis et pectoris**. Chory, A. S. l. 28, czuje się niezdrowym od 25 I. 12, kaszle, ma duszność, żółtaczkę. W brzuchu guz wielkich rozmiarów, sięgający ku dołowi na szerokość 2 palców niżej pępka, z prawej strony, na szerokość dłoni na prawo od linii sutkowej, ku górze zlewa się z wątrobą, z lewej strony dochodzi do crista ilei. Nad lewem płucem z tyłu stłumienie do wysokości połowy łopatki. Prawa granica serca dochodzi do połowy odległości mostka od prawej linii sutkowej, lewa zlewa się ze stłumieniem lewego płuca. Lewa połowa klatki piersiowej więcej wypuklona, niż prawa. Stan podgorączkowy do 38^0_5 ze spadkami do 37^0. Z wywiadów: matka zmarła w 46 roku z powodu bolączki piersi (carcinoma mammae?). Ojciec żyje (68 lat); 6 rodzeństwa zdrowego. Sam, mając lat 15, chorował na zaziębienie, w 10-tym roku był pchnięty przez konia w brzuch; w 14-tym roku chorował na żółtaczkę, która nie ginęła nigdy zupełnie. Obecnie wypróżnienia zabarwione, mocz jasny. Podejrzewa się tumor lienis, pancreatis, hepatis, co może rozstrzygnąć dalsze kliniczne badanie. Kol. A. najprędzej przypuszcza nowotwór trzustki.

W dyskusyi kol. Puterman zwraca uwagę na konieczność zbadania krwi i dokonania próby Wassermana; wątpi, aby to był tumor malignus.

Kol. Weinzieher wypowiada się przeciw przypuszczeniu guza trzustki; nie odcisnąłby tak wysoko lewej części przepony ku górze, raczej wypełniłby szczelniej jamę brzuszną.

Kol. Czajkowski opowiada o podobnym przypadku; rozpoznał przerost śledziony. Okazała się olbrzymia śledziona, której prawy brzeg podchodził pod wątrobę. Przypuszcza i w danym przypadku przerost śledziony,

2. Kol. Arnold. **Niezwykły wypadek zwichnięcia w stawie biodrowym.**

W. P. lat 15, górnik, został uderzony 23. XII 1911 w oba kolana w pozycyi stojącej węglem, który oderwał się od ściany węglowej; poszedł o kiju do domu, a następnie do ambulatoryum kopalnianego (kilka wiorst) 3. I. 1912 przybył do szpitala, skarżąc się na ból w okolicy lewego stawu biodrowego.

St. praes. kuleje na lewą nogę i idzie ze zgiętem kolanem. Lewa kończyna skrócona o 2 cm. Ruchy w stawie: przyprowadzanie i odprowadzanie, również obrotowe ograniczone (sprężynowe), zginanie i rozginanie nie jest kompletne. Rozpoznano zwichnienie w stawie biodrowym nadstawowe. Repozycya zupełna następnego dnia. Niezwykłość tego wypadku polega na sposobie powstania zwichnienia i na tem, że poszkodowany był w stanie chodzić o własnej sile.

W dyskusyi kol. Dehnel przypuszcza subluxatio. Luxatio zupełna dałaby większą bolesność.

Kol. Czajkowski uważa, że luxatio nie zawsze jest bardzo bolesna. Luxatio iliaca jest najmniej bolesna. Przypuszcza w danym przypadku wadę rozwojową, która dała warunki, sprzyjające takiemu zwichnieniu.

Kol. Wołkowicz uważa, że w pozycyi stojącej uderzenie w goleń nie może dać takiego zwichnienia.

Kol. Wołkowicz uważa, że w pozycyi stojącej uderzenie w goleń nie może dać takiego zwichnienia, musiało ono nastąpić w pozycyi pochylonej.

3. Kol. Arnold. **Uraz mózgu o przebiegu pomyślnym.**

S. K., lat 6. Rana czaszki nad prawym guzem czołowym z włamaniem kości przez opony do mózgu spowodowała częściowo defekt istoty mózgowej. Porażenie lewego nerwu twarzowego. Zakończyło się zabliźnieniem zupełnem blizną elastyczną podskórną; wyczuwa się tętnienie. Porażenie znikło.

W dyskusyi kol. Weinzieher przypomina sobie kilka przypadków z praktyki szpitalnej dość znacznego uszkodzenia istoty mózgowej przy ranach postrzałowych z zej- z zejściem pomyślnem. Zwłaszcza uszkodzenia zrazów czołowych dają zazwyczaj rokowanie dobre. Takież przypadki przypominają kol. Falkowski i Białostocki. Kol. Puterman zwraca uwagę na zdarzające się po urazach zrazów czołowych zaburzenia w inteligencyi i polyphagiam. Kol. Czajkowski znajduje, że urazy istoty mózgowej zdarzają się dosyć często, a wynik ich zależy w znacznym stopniu od miejsca.

Posiedzenie z dnia 2 marca 1912.

Obecnych 29 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1. Kol. Markiewicz odczytał referat (przeznaczony do druku): **Gruźlica u dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów,** którego ogólne streszczenie daje się ująć w następujące punkty (streszczenie własne):

1) Gruźlica u dzieci nie jest dziedziczną (jak kiła), wrodzoną, lecz nabytą przez zarażenie się.

2) Jak niezmiernie rzadkimi są przypadki płonicy u dzieci w pierwszych miesiącach życia, zwłaszcza karmionych piersią, tak rzadką również bywa gruźlica u 1—3 miesięcznego dziecka.

3) Im dziecko jest starsze, tem więcej ulega zakażeniu gruźliczemu: odsetek gruźliczych dzieci w 1 roku życia wynosi mniej więcej 20—25%, wzrastając w wieku dojrzewania płciowego do 50—68%, a u dorosłych osobników, jak wykazują dane sekcyjne, nietknięty gruźlicą osobnik należy do wyjątków.

4) Należy tylko odróżniać gruźlicę czynną od nieczynnej lub utajonej.

5) Zakażenie gruźlicą następuje przeważnie drogą oddechową, rzadziej drogą pokarmową, względnie przez mleko; jeszcze rzadziej wrotami zakażenia mogą być inne narządy. Dzieci, stykając się i obcując z chorym na gruźlicę osobnikiem, odpluwającym często całe masy prątków tbc., dostają gruźlicy. O ile zakażenie następuje przez jelita, wówczas w pierwotnej jakoby gruźlicy jelit (względnie gruczołów krezkowych) stwierdzano prawie zawsze prątki gruźlicy bydlęcej.

6) Prątki gruźlicze, przeniknąwszy do organizmu, usadawiają się w najbliższych okolicznych gruczołach chłonnych; najczęściej ma to miejsce w gruczołach oskrzelowych; przyczem w miejscu przeniknięcia prątka nie daje się zwykle stwierdzić żadnego śladu uszkodzenia śluzówki. Właściwość prątka gruźliczego usadawiania się w układzie gruczołowym chłonnym da się dość dobrze objaśnić allergją, która również rzuca pewne światło na t. zw. usposobienie i odporność.

7) Powinno się więc doskonale zapoznać z techniką badania dzieci w kierunku rozpoznawania t. zw. adeno-

pathie tracheo-bronchique, (opukiwanie kręgosłupa sposobem Michałowicza), oraz z obrazem klinicznym tego częstego wśród dzieci cierpienia gruźliczego (scrofulosis eretica).

8) Właśnie co do t. zw. skrofulozy dążeniem nowoczesnych pedyatrów, zwłaszcza niemieckich, jest dać realne podstawy objawom t. zw. zołzowym. Wiele z tych objawów przypisać należy obecności prątka tbc w organizmie dziecięcym; dla powstawania zaś innych przypuszcza się specyalną u dzieci często wrodzoną skazę (wysiękową — Czerny'ego, limfatyczną Eschericha i in., poczęści neuroartrytyczną — francuskich klinicystów). Niema jednakże jeszcze w tej dziedzinie jednomyślnego wśród klinicystów-pedyatrów poglądu.

9) O ile otwarta gruźlica płuc w wieku szkolnym jest bardzo rzadkiem cierpieniem, o tyle początkowe zmiany gruźlicze w płucach w tym wieku są względnie częste, zwłaszcza, jeśli się uwzględni specyalną technikę badania płuc, podaną przez Granchera.

10) Poza przewlekłemi, naogół łagodnemi postaciami gruźlicy dzieci, które jednakże w wieku starszym mogą się kończyć fatalnie, istnieją w tym wieku liczniejsze jeszcze, niż wśród dorosłych ostre postacie, często nawet uleczalne zupełnie lub na pewien tylko czas.

11) Do częstszych względnie i dobrych pod względem rokowania należy t. zw. typho-bacillosis autorów francuskich, w której według Landouzy, twórcy tej jednostki klinicznej, śmiertelność wynosi 6%.

12) Wreszcie racyę ma któryś z klinicystów francuskich, mówiąc, »jak teraz bronić się trzeba w gruźlicy dzieci przed zbytnim pesymizmem, tak z czasem strzedz się wypadnie zbytniego optymizmu«. W każdymbądź razie praktyczny wysnuwa się wniosek dla nas taki, jak to wypowiedział Lewkowicz, że gruźlicę uważać należy za infekcyę dziecięcą, że leczyć ją i wogóle walczyć z nią trzeba już we wczesnym wieku życia, w okresie dziecięctwa.

W dyskusyi kol. Hulanicki zwraca uwagę na tak często spotykane u dzieci objawy gruźlicy, jak keratitis scrophulosa, conjunctivitis phlyctaenulosa i t. p.

Kol. Puterman zaznaczył wpływ miejscowości oraz zamożności na szerzenie się gruźlicy. Stwierdzono mniejszy procent zachorowań wśród chłopców kałmuckich, uczęszczających do szkół, położonych w głębi stepów, w porównaniu z odsetką zachorowań wśród takichże chłopców, uczęszczających do szkół wielkomiejskich. Dalej, że sprawa gruźlicza znajduje się w stosunku odwrotnym do stanu zamożności: na 0,39 zachorowań na gruźlicę wśród klasy bogatej, przypada 9,25 zachorowań wśród klasy średniozamożnej, zaś 90,36 wśród biedaków. Co do odziedziczenia zarazka, to klinicznie oraz doświadczalnie stwierdzono możliwość przeniesienia się zarazka gruźliczego za pośrednictwem elementów rozrodczych zarówno męskich jak i żeńskich. Częściej wszakże zakażenie gruźlicze płodu powstaje z łożyska gruźliczego. Według Schmorla, u 50% ciężarnych gruźliczych spotykają się zmiany gruźlicze w przestrzeniach międzykosmkowych łożyska, skąd zarazki dostać się mogą (zwłaszcza podczas aktu porodowego), do płodu, bądź za pośrednictwem pępowiny, bądź też za pośrednictwem wód płodowych. Co się tyczy wrót wejścia zarazka do ustroju osesków, to wprawdzie laseczniki gruźlicze przedostać się mogą przez nieuszkodzoną śluzówkę migdałków do sąsiednich gruczołów chłonnych szyjnych, wszakże dla gruźlicy płucnej ta droga zakażenia nie wielkie ma znaczenie, a to z powodu braku bezpośredniej komunikacyi pomiędzy układem chłonnym szyjnym, a układem tchawicowo oskrzelowym.

Jednakże możliwość przedostania się zarazka do płuc z gruczołów szyjnych nie jest wykluczoną, a stać się to może albo w drodze hematogennej: przez truncus jugularis, vena cava superior, prawe serce, tętnica płucna, albo też przez bezpośrednie przejście sprawy gruźliczej z gruczołów nadobojczykowych na opłucną wierzchołkową. Drugą niezbyt rzadką drogę zakażenia stanowią jelita. W czasach ostatnich coraz częściej (Beitzke w 1/4 przypadków gruźlicy) stwierdzono przypadki pierwotnej gruźlicy kiszek, powstałej u dzieci, wbrew zdaniu prelegenta, z mleka krowiego (26% według Dębińskiego — Gaz. Lek. 1911, str. 239). Łatwość wyodrębnienia różnych typów laseczników gruźliczych zapomocą hodowli na podłożu z żółci odpowiednich gatunków, przyczyniła się niemało do stwierdzenia dość częstego stosunkowo zarażenia się dzieci prątkami typu bydlęcego za pośrednictwem mleka krowiego. Najczęściej wszakże gruźlica płucna powstaje drogą aerogenną: przez nieuszkodzoną błonę śluzową oskrzeli lub ściankę pęcherzyka płucnego zarazek dostaje się do układu chłonnego tchawicowo-oskrzelowego, skąd przy pewnych nieprzyjaznych dla ustroju warunkach znów przedostać się może do płuc. W dalszem swem przemówieniu kol. P. kładzie nacisk na pewne wykwity skórne, spotykane u osesków dość często, bo w 40% (Leopold i Rosenstern), jako na objaw zwiastunowy oraz rozpoznawczy gruźlicy, mianowicie t. zw. tuberkulidy grudkowato-łuskowate. Są to grudki wielkości łebka od szpilki do ziarnka konopnego, nieznacznie wyniosłe, okrągłe, o początkowem zabarwieniu żywoczerwonem, z biegiem zaś czasu o barwie sino-brunatnej, pokryte łuską lub delikatnym strupem, po zdjęciu lub opadnięciu którego pozostaje stożkowate zagłębienie o dnie suchem, niekrwawiącem, połyskującem przy rozciąganiu skóry. Na łusce spostrzegać się daje czopek, odpowiadający pozostałemu stożkowatemu zagłębieniu na skórze. Najczęściej spotykane są tylko ostrobrzeżne, niezbyt wyniosłe zagłębienia, pozostałe po odpadnięciu strupów. Wykwity te występować mogą pojedyńczo, rzadziej w ilości większej wszędzie na skórze, najczęściej wszakże na ramionach, dolnej części grzbietu lub na tylnej powierzchni dolnych kończyn. Mogą one łatwo być przyjęte za syfilidy guzkowate, te wszakże u ssawców rzadko się spotykają, zresztą kwestyę rozstrzyga odczyn Pirqueta i Wassermanna. Dalej kol. P. wspomina o wpływie zawartości krwi narządu oddechowego na powstanie gruźlicy: o ile przy oligaemii płucnej z powodu wrodzonego zwężenia arteryi płucnej często rozwija się gruźlica, o tyle znów zastoinowa hyperaemia, spotykana przy wadzie zastawkowej lewego serca nie sprzyja rozwojowi sprawy gruźliczej. W kwestyi różnych postaci gruźlicy mowca wspomina o spostrzeganym przez się przypadku gruźlicy prosówkowej u młodzieńca o przebiegu początkowym w postaci ostrego reumatyzmu stawowego. Na zakończenie mówca zwraca uwagę na niefortunną nazwę »typho-bacillosis«, używaną przez francuzów dla oznaczenia pewnej postaci gruźlicy o przebiegu tyfusowym, uważając za stosowniejszą nazwę »typhotuberculosis«. (Streszczenie własne).

Kol. Dehnel zwraca uwagę śród objawów gruźlicy u dzieci na t. zw. astmę gruźliczą, na wzmożone odruchy mięśni klatki piersiowej. Co do poglądu Kocha, wypowiedzianego w r. 1907 o różnicy zasadniczej gruźlicy człowieka i bydlęcej, to późniejsze badania wykazały, że zasadniczej różnicy niema, tylko, że prątki bydlęce słabiej reagują.

Kol. Arnold wypowiada zdanie, że scrophulosis u dzieci w sferze robotniczej rozwija się na tle zanieczyszczenia głowy, której nie myją; tworzą się wskutek tego strupy, pryszczyca i dermatity na twarzy, przewlekłe nieżyty nosa itp.

Kol. Żołędziowski jest zdania, że metoda Pirqueta nie ma tej wartości, jaką jej przypisują. U każdego osobnika odczyn się inaczej przedstawia, a często wygląda, jak zwyczajne podrażnienie.

Kol. Królikowski uważa, że wobec mnogości wypadków gruźlicy powinnaby się wytworzyć odporność, do pewnego stopnia dziedziczna. Inaczej nie możnaby się spodziewać żadnej antytoksyny.

Kol. Wołkowicz wyjaśnia co do odczynu Pirqueta,

że opisane są rozmaite formy tego odczynu. Za ujemny wynik przyjmuje się, jeżeli nietylko na oko się nic nie spostrzega, ale się i palcem nacieku nie wyczuwa. U każdego z utajoną gruźlicą można otrzymać odczyn Pirqueta. Prawie każdy człowiek przechodził w swojem życiu gruźlicę i to daje podstawę pewnemu optymizmowi. W rozpoznawaniu gruźlicy powinna większą, niż dotychczas rolę odgrywać rentgenoskopia.

W odpowiedzi prelegent dziękuje kol. Putermanowi za zwrócenie uwagi na te dane, których brak w referacie, przyczem prelegent zwraca uwagę na trudności, które ma na prowincyi lekarz, pragnący cokolwiek pisać: po odpowiednią literaturę, w braku takowej na miejscu, wypada jechać do Warszawy lub Krakowa. Kol. Arnoldowi odpowiada, że nieczyste zachowanie głowy u dzieci proletaryatu, nadżerki za uszami, nieżyty nosa itd., przyczyniają się do obrzmiewań odpowiednich gruczołów chłonnych, wskutek czego te ostatnie mogą też łatwiej uledz zakażeniu gruźliczemu, co jednakże bywa chyba rzadką rzeczą; natomiast łatwe obrzmienie gruczołów chłonnych w wymienionych wyżej warunkach stoi w związku z będącem już przedtem zakażeniem gruźliczem organizmu. Z kol. Żołędziowskim prelegent zgadza się najzupełniej co do różnorodnego odczynu Pirqueta, ale na tę okoliczność zwracali uwagę dość liczni badacze, opisując różne postacie tego odczynu. Prelegent sądzi, że nietylko ogólna wrażliwość organizmu, ale i miejscowe warunki (skóra, może obecność jakich drobnoustrojów i t. p., wreszcie siła nakłucia) wywierać muszą swój wpływ na odczyn. Przykład: u jednego i tego samego dziecka w jednem miejscu szczepienia otrzymuje się żywy odczyn, a w drugiem — wynik prawie ujemny, mało się różniący od kontrolnego nakłucia. Co do sprawy odporności, podniesionej przez kol. Królikowskiego, prelegent zwraca uwagę na szczególny fakt, jaki mu się trafił przy szczepieniu dzieci sposobem Pirqueta: u kilkorga dzieci matki z gruźlicą niezaprzeczalną płuc Pirquet dawał wynik ujemny. Rzecz ta zresztą wymaga jeszcze sprawdzenia, choćby powtórnego szczepienia Pirquetowskiego. Kol. Wołkowiczowi prelegent odpowiada, że odczyn Pirqueta posiada nietylko znaczenie ogólne biologiczne, lecz również praktyczne; wynik dodatni u dzieci w 1—2 roku życia oznacza dla nich śmierć, jak to miało miejsce w 3 przypadkach u dzieci, szczepionych przez prelegenta poniżej roku. Co do uwagi kol. Hulanickiego prelegent zaznacza, że o conjunctivitis phlyctaenulosa mówił dosyć dużo przy omawianiu t. zw. zołzów, gdzie też wypowiedział zdanie, że jestto cierpienie natury gruźliczej (Heubner, Salge i inni). Co do uwag kol. Dehnela, to o duszności przy cierpieniu gruczołów tchawicowo-oskrzelowych prelegent wspominał, dużo się nie rozpisując, gdyż na zasadnicze rzeczy większą zwracał uwagę; o wzmożonych »odruchach« mięśniowych, czyli zapewne o t. zw. drganiach włókienkowych u dzieci gruźliczych prelegent nie wie i nie czytał. Co do gorączki przewlekłej (subfebrilis) u dzieci, należy się strzedz, żeby jej nie brać zawsze za objaw gruźliczy, nawet po wykluczeniu wszystkich przyczyn, bo taka interpretacya nasuwa się najczęściej i stanowczo często jest słuszną, tylko znowu nie zawsze. W kwestyi prątka bydlęcego należy zwrócić uwagę, że dotychczas nikt go nie znalazł w płucach człowieka. (Streszczenie własne).

2) Kol. Bartkiewicz. **Operacye przepuklin w okresie 5-letnim w szpitalu w Zawierciu.**

Z kilkudziesięciu przypadków operowanych przepukliny nieuwięźniętej nie miał prelegent ani jednego zejścia

śmiertelnego, z 12 przepuklin uwięźniętych — 2 przypadki śmiertelne: w pierwszym — ścianka worka była zupełnie zrośnięta z jelitem; w 3 tygodnie po operacyi zmarł na obustronną pneumonię; w drugim — w hernii znajdowało się coecum z wyrostkiem robaczkowym; operowany w 18 godzin po uwięźnięciu przy objawach zatrucia kałowego. Na zasadzie obserwacyi własnych przypadków kol. B. dochodzi do wniosków, że 1) olbrzymia większość przepuklin, to przepukliny wrodzone, 2) że u dzieci przepukliny są bardzo częste, 3) że noszenie paska nie przynosi żadnej korzyści, natomiast w niektórych przypadkach, gdzie istnieją zrosty kiszek lub sieci, może być szkodliwe, 4) że operowanie przepuklin u dzieci jest znacznie łatwiejsze, niż u dorosłych, 5) że zatem każda przepuklina, zwłaszcza u dziecka, powinna być operowaną. Co do etyologii, to zdaniem kol. B. natężenie fizyczne odgrywa niedużą rolę, główne znaczenie ma wrodzona wątłość tkanki łącznej.

W dyskusyi kol. Żołędziowski nie zgadza się z zupełnem zaprzeczaniem wpływu noszenia paska, powołując się w tej mierze na zdanie prof. Rydygiera.

Kol. Dehnel sam miał również wypadek śmierci od pneumonii po operacyi hernii. Nietylko zatrucie kałowe może śmierć spowodować; miał wypadek śmierci wskutek zakrzepu naczyń krezkowych. Co do noszenia paska, zgadza się z poglądem prelegenta, że pasek może szkodę wyrządzić.

Kol. Królikowski sądzi, że pasek przez ucisk może doprowadzić do zwiotczenia mięśni i tkanki łącznej. Sam dawniej był przeciwnikiem zbytniej pohopności do operacyi, obecnie jest za operacyą u dzieci.

Kol. Czajkowski najzupełniej się zgadza z prelegentem, nie wierzy w leczenie paskowe, uważa, że każda przepuklina jest wrodzona; zawsze przeciw paskom oponuje tem bardziej, że u dzieci rany doskonale się goją.

Kol. Żołędziowski na poparcie swego twierdzenia przytacza, że pępkowe przepukliny doskonale się leczą paskami. Doradzając operacyę nigdy nie możemy zapewnić, że operacya napewno się uda.

Kol. Bartkiewicz w odpowiedzi zaznacza, że wyleczenie zapomocą pasków bywa wrzekomem; tacy quasi wyleczeni zjawiają się nieraz z uwięźniętemi przepuklinami. Przytem leczenie paskiem jest żmudne; pasek trzeba co miesiąc zmieniać; wskutek ucisku może przynosić szkodę. U dorosłego pasek nie zabezpiecza od uwięźnięcia. Po wolnej przepuklinie nie miał wypadków śmierci i nie słyszał o takich. Niebezpieczeństwo przedstawia tylko chloroform. Przepukliny bywają nabyte i wrodzone; pierwsze wskutek wysunięcia się otrzewnej, drugie wskutek niezarośnięcia proc. vaginalis. S. Weinzieher (Będzin).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redakcya kalendarza lekarskiego uprasza za naszem pośrednictwem wszystkich P. T. Kolegów sekretarzy Towarzystw naukowych i zawodowych o łaskawe nadesłanie listy członków wydziału, o ile nastąpiła zmiana składu w porównaniu z wydrukowaną w kalendarzu na rok 1912.

— Podczas obecnego VI. Zjazdu techników polskich wydany został przez Prof. K. Stadtmüllera słownik techniczny niemiecko-polski. Oprócz działów ściśle technicznych posiada ten słownik działy z urządzeń asanacyjnych jak: wodociągów, kanalizacyi, ogrzewania, oświetlenia, wentylacya i innych zakresów sanitarno-technicznych, będzie słownik ten pożytecznym także dla lekarzy higienistów, stykających się z temi sprawami. O ile słownik ten dozna takiego poparcia, aby przynajmniej koszta wydawnictwa zostały zwrócone, zostanie wydana część polsko-niemiecka.

— Instrumentaryum lekarskie (zwłaszcza ginekologiczne i dentystyczne) po ś. p. kol. Smorągiewiczu jest do nabycia u p. Smorągiewiczowej (Podgórze, Józefińska 23).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. IX. do 21. IX. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 5 (obcych 3 † 2), krztuśca 1, ospy wietrznej 2, płonicy 3 † — (— † —), duru brzusznego 8 † 1 (3 † 1), czerwonki 26 † 6 (6 † 1), gorączki połogowej — † — (— † —), róży 2 † 1 (— † —).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 9. IX. do 16. IX. 1912 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 3 † 1, dur wysypkowy — † —. Dr Trenkner.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Posiedzenie Sekcyi czortkowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w niedzielę dnia 29. września o godz. 1/26 wiecz. w szpitalu powszechnym w Czortkowie** z następującym porządkiem dziennym: 1) Dr Zaremba: a) Przedstawienie chorego po niedrożności jelit uleczonego operacyą. b) Okazanie wyrostka robaczkowego wydobytego z przepukliny lewostronnej. 2) Dr Zawadzki: a) Przedstawienie chorego po niedrożności jelit i zapaleniu otrzewnej uleczonego operacyą. b) Przedstawienie dwóch chorych po operacyi przepukliny uwięźniętej. c) Okazanie preparatów pooperacyjnych.

3) Sprawa przeniesienia siedziby lekarza okręgowego z Białobożnicy.

Zawadzki. Wągrowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

»**Enrilo**«, jako środek przeciwalkoholowy zyskuje coraz więcej uznania. Patrz ogłoszenie w dziale inseratowym dzisiejszego numeru. Wyrób krajowy!

Rok LI. Kraków, dnia 5. października 1912. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O roznosicielach zaraz.

Rzecz odczytana na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich w lipcu 1911).

Napisał

Prof. Kučera (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Bardzo wielkiej doniosłości, ze względu na trudność wykrycia roznosicieli, jest spostrzeżenie, że wydzielanie prątków durowych przez roznosicieli nie zawsze odbywa się bez przerwy, stale, lecz okresowo, a liczne są przykłady, w których kilkakrotnie powtarzane badania dawały wynik ujemny, a jednak później prątki na nowo w stolcach się pojawiały. Według Kaysera [20]), G. Mayera [21]) i innych przerwy takie mogą trwać do kilku tygodni tak, że nawet 3-krotne, w kilkudniowych odstępach wykonane badanie może nie być rozstrzygającem. A co ważniejsze, że właśnie w okresie wczesnego ozdrowienia takie przerwy się zdarzają (Scheller [22]). G. Mayer (l. c.) podaje, że nasilenia w wydzielaniu prątków regularnie zdarzają się wtedy, kiedy wogóle często są przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, t. j. na przejściu od zimy do wiosny, w czasie upałów letnich i w jesieni.

Ilość prątków, wydzielanych przez roznosicieli, trudno dokładnie ocenić; metody nasze (Conradi, Endo, Loeffler itd.) zawsze jeszcze są niedostateczne. Tyle jednak jest pewnem, że nie idzie tu o wydzielanie, mające znaczenie tylko teoretyczne, lecz owszem zdarzają się okresy, w których otrzymujemy na płytkach prawie czystą hodowlę tak, iż taki osobnik jako źródło zakażenia nieustępuje choremu.

Nadzwyczaj uderzającym i zajmującym jest stosunek liczb, dotyczących obu płci pomiędzy roznosicielami. Wszystkie bowiem statystyki zgodnie podnoszą, że przeważną część pośród stałych roznosicieli stanowią kobiety. Według urzędowych sprawozdań z okolic nadreńskich [23]) na 100 roznosicieli we wcześniejszym okresie (t. j. do 3 miesięcy) wypada 60 kobiet, 35 dzieci do lat 15, na 100 »stałych roznosicieli« 82 kobiet, 4 dzieci. Liczby Forstera zbliżone są do tych liczb. Fakt ten posiada wielką doniosłość epidemiologiczną z tego względu, że właśnie u kobiet, stykających się często ze środkami spożywczymi, roznosicielstwo staje się niebezpiecznem dla otoczenia. To też istotnie w większości opisanych zakażeń, które można było odnieść do roznosicieli, znajdujemy jako źródło zakażenia kucharki, służące, mleczarkę, żonę piekarza i t. p. U dzieci, jak wiadomo, dur nie jest rzadką chorobą, tylko nader łatwo bywa nierozpoznany z powodu lekkiego przebiegu, a jednak wśród roznosicieli tylko we wcześniejszych okresach (do 3 miesięcy) dotychczasowe statystyki (Frocha, Forstera, Mayera) przyznają im znaczniejszą rolę; stałymi roznosicielami zostają dzieci rzadko.

Jak to wykazują niezliczone już dzisiaj spostrzeżenia sekcyjne, operacyjne i doświadczenia na zwierzętach, zainaugurowane badaniami Chiarego, Duprégo etc., drogi żółciowe, a przedewszystkiem pęcherzyk żółciowy, są miejscami, w których prątki durowe się hodują i skąd przedostają się do treści jelit. Wiadomo dalej, że nie są one tamże pasorzytami obojętnymi, gdyż liczne są przypadki zapaleń pęcherzyka i dróg żółciowych, wywołane przez prątki durowe, a nawet wytwarzanie się kamieni żółciowych, w których środku nieraz prątki wykazywano (np. przyp. Droby), wprowadzają w związek przyczynowy z obecnością prątków durowych. To też w znacznej skłonności kobiet do zaburzeń w wydzielaniu żółci szukamy też i wytłómaczenia znaczniejszego odsetka roznosicielek między niemi.

Na poparcie twierdzenia, iż roznosiciele stanowią istotne niebezpieczeństwo rozpowszechniania duru brzusznego, znajdujemy w literaturze liczne spostrzeżenia epidemiologiczne. I tak, aby oprócz poprzednio wspomnianych tylko niektóre przytoczyć: Jedna z roznosicielek, spostrzeganych przez Hilgermanna [24]) zaraziła w ciągu 12 lat 15 osób i to zawsze świeżo wstępujących służących. Służąca wspomniana przez Sopera [25]) była źródłem 26 zakażeń w przeciągu 10 lat itp. W świetle większych statystyk niebezpieczeństwo, grożące ze strony roznosicieli, przedstawia się nieco mniejszem: Klinger [26]) oblicza ilość roznosicieli, wykrytych od początku akcyi przeciwdurowej w południowo-zachodnich Niemczech, na 431 i odnosi do nich 351 zachorowań, według Kaysera [27]) w samym Strassburgu 9·5% przypadków duru z roznosicielami (zaś 16·8% przez stykanie się z chorymi).

20) Arb. aus d. kaiserl. Ges. 25. 1907.
21) Ctblt. f. Bakt. 53. 1910.
22) Ctblt. f. Bakt. Ref. 42, 1909. Beiheft.
23) Klin. Jahrb. 19. 1908. (Frosch).
24) Ctblt. f. Bakt. Ref. 43. 1909.
25) Wedł. Sacquepée l. c.
26) Arb. aus d. Gesdhte. 30. 1909.
27) Ctblt. f. Bakt. Ref. 44. 1909.

Dziełem roznosicieli jest przedewszystkiem utrzymywanie się duru brzusznego latami w pewnych domach (»domy durowe«) i utrzymywanie się endemii durowych w zakładach (więzienia, pensyonaty, zakłady dla umysłowo-chorych i t. p.), z reguły bowiem dopiero po dłuższej styczności z nimi występuje zgubny wpływ ich towarzystwa. Zapewne, powyżej przytoczone spostrzeżenia są tylko czysto epidemiologiczne, opierają się one tylko na »iuxta se«, ale równoległość zjawisk, t. j. obecności roznosiciela i pojawiania się nowych przypadków jest zbyt częstą, aby związek przyczynowy nie był aż nadto prawdopodobnym.

Tak samo jak w stolcach, mogą roznosiciele-ozdrowieńcy wydzielać prątki durowe i w moczu, w którym, jak to wiadomo, blizko u $^1/_3$ ozdrowieńców stwierdzamy prątki te i to nieraz niezmiernie obficie. Otóż taka »bacteriuria typhosa« może przeciągać się również miesiącami lub nawet latami, dając powód do nowych zakażeń. I tak Irwin i Houston[28]) piszą o kobiecie, która w 7 lat po durze brzusznym wydzielała prątki w moczu i zakaziła 6 osób; w stolcach jej prątków durowych nie wykryto. Tsuzuki[29]) naliczył u żołnierza-roznosiciela w 1 cm^3 moczu prawie 31 milionów prątków, a Niepraschek[30]) podaje przykład całej epidemii, wywołanej przewlekłem wydzielaniem prątków przez mocz.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Odporność. Uodpornienie. Nadwrażliwość.

Referat, odczytany w Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem dnia 4. maja 1911 r.

Napisał

Dr B. Dziemski.

Ordynator Szpitala św. Wincentego w Lublinie.

(Ciąg dalszy).

Podług Miecznikowa, fagocyty bywają ruchome i nieruchome. Do kategoryi pierwszych należą małe i duże komórki krwi i limfy (makro i mikrofagi), do drugiej kategoryi należą komórki śródbłonkowe i tkanki łącznej (makrofagi nieruchome).

Ruchome makrofagi, zbierając się gromadnie w miejscach, opanowanych przez bakterye, odgrywają główną rolę w sprawie zwalczania zarazków chorobotwórczych; niweczenie mikrobów odbywa się w drodze biochemicznej, za pośrednictwem rozpuszczalnych fermentów (cytaz).

Miecznikow opiera teoryę fagocytozy na licznych spostrzeżeniach; n. p. po zakażeniu żab bakteryami wąglika, znajdowano wewnątrz fagocytów bakterye w różnych okresach zniszczenia, aż do zupełnego przetrawienia. Nawet zarodniki pochłonięte przez fagocyty, tracą zdolność kiełkowania.

Doświadczenia Radziewskiego nad zakażeniem dowiodły, iż bakterye w większej ilości giną nie wewnątrz lecz zewnątrz komórek, przyczem niweczenie bakteryi odbywa się bez udziału leukocytów, wskutek działania surowicy krwi.

Badania Fodera, Nuttala i Buchnera dowiodły, że krew »in vitro« posiada siłę bakteryobójczą.

Czynnikiem bakteryobójczym prawidłowej surowicy są podług Buchnera aleksyny. Są to ciała bardzo wrażliwe na wpływy zewnętrzne; już po pewnym czasie, a szczególniej przy ogrzewaniu ($^1/_2$ godziny do 55—60^0) niszczeją. Dla pełnego działania aleksyn niezbędne jest pewne ciepło (n. p. ciepłota ciała), pewna zawartość soli i słabo zasadowy lub obojętny odczyn płynu, w którym się znajdują. Rozcieńczenie surowicy, zawierającej aleksyny, wodą przekroploną niweczy jej własność bakteryobójczą, dodanie soli przywraca znowu tę własność. Aleksyny działają szkodliwie nietylko na bakterye, lecz także na czerwone ciałka krwi (działanie hemolityczne).

Co do powstawania aleksyn poglądy są podzielone. Jest rzeczą możliwą, że głównie leukocyty przyczyniają się do produkcyi aleksyn. Miecznikow utrzymuje, że aleksyny zawarte są w fagocytach i dostają się do krwi wskutek rozpadu fagocytów. W przeciwieństwie do tego poglądu prace Pettersona, Grubera, Sweeta, Schneidra wykazały, że aleksyny krążą swobodnie w sokach zwierząt.

Schneider stwierdził, że wielojądrzaste leukocyty mogą oddziaływać na pewne podrażnienie, wydzielając zarówno »in vitro«, jak »in vivo«, silnie bakteryobójcze substancye, leukiny, nie tracąc przy tem ani swej żywotności, ani swej żerności. Leukiny zatem są produktem wydzielniczym leukocytów wielojądrzastych, a nie produktem ich rozpadu.

Ponieważ leukiny są ciepłotrwałe i nie posiadają własności hemolitycznych, zatem nie mogą być utożsamiane z aleksynami Buchnera. Są to specyalne ciała ochronne i jako takie należą do szeregu czynników odporności wrodzonej.

W warunkach prawidłowych krew i limfa nie zawierają wcale ciał, zwanych leukinami, które powstają dopiero w wysiękach, zawierających leukocyty i w obrzękach zastoinowych.

Gruber i Futaki przy swych badaniach nad odpornością wrodzoną przeciw wąglikowi, wykryli substancyę, posiadającą bardzo silne działanie bakteryobójcze na zarazki wąglika. Substancye te, zwane »plakinami«, wydzielają się przy krzepnięciu krwi, powstają również we krwi w pewnym okresie zakażenia wąglikiem.

Byłyby tedy trzy kategorye ciał ochronnych, warunkujące wrodzoną odporność: aleksyny, leukiny i plakiny.

Podług Wrighta w walce z bakteryami, odgrywają ważną rolę t. zw. opsoniny, czyli ciała surowicy krwi. przysposabiające bakterye do pochłonięcia przez fagocyty, Gruber i Futaki niezależnie od Wrighta dowiedli, że różne bakterye, jak prątki durowe, paciorkowce, i inne tylko wtedy bywają pożerane przez leukocyty, jeżeli przedtem zostaną poddane działaniu prawidłowej surowicy. Fagocytoza zatem przedstawia niejako wtórną ochronną siłę ustroju. W ten sposób nowsze badania pogodziły zwolenników teoryi humoralnej i cellularnej, wykazując, że przy niweczeniu bakteryi wewnątrz ustroju biorą czynny udział oba rodzaje sił ochronnych: fagocyty i substancye, zawarte w surowicy krwi.

Przechodzimy do omówienia wrodzonej odporności przeciw jadom (toksynom).

W ogólności wrodzona odporność ustroju ludzkiego i zwierzęcego przeciw jadom jest bardzo nieznaczna. Zaledwie nieliczne gatunki zwierzęce posiadają wrodzoną odporność przeciw jadom, n. p. jeże, świnie i szczury egipskie (ichneumony są nie wrażliwe na jad wężowy). Niektóre gatunki zwierząt są niewrażliwe na jady bakteryjne, n. p. szczury są niewrażliwe na jad błoniczy, kury i żółwie na jad tężcowy. Ta wrodzona odporność przeciw jadom nie jest bezwzględną.

Do tej pory nie posiadamy dostatecznego objaśnie-

28) Przyt. wedł. Boineta i Olmera l. c. str. 425.
29) Ctblt. f. f. Bakt. Ref, 47. 1910.
30) Ztft. f. Hyg. 64. 1909.

nia przyczyn wrodzonej odporności przeciw jadom. Odporność tego rodzaju nie zależy od szybkiego niszczenia i wydzielenia toksyn. Podług teoryi bocznych ogniw Ehrlicha, odporność pewnych zwierząt przeciwko toksynom polega na tem, że toksyny nie łączą się z protoplazmą komórek, że jad nie zostaje związany, że ustrój takich zwierząt nie wytwarza żadnych antytoksyn. Żółw np. znosi obojętnie wstrzyknięcie jadu tężcowego, a po 4 miesiącach od czasu wstrzyknięcia we krwi jego zawiera się taka ilość jadu, iż mysz, po wstrzyknięciu tej krwi, ginie wskutek tężca. W ustroju żółwia toksyny krążą bardzo długo, nie podlegając zmianie lub zobojętnienru, ponieważ w ustroju żółwia niema receptorów, któreby się z toksynami tężca łączyły.

Przechodzimy do odporności nabytej.

Odporność można nabyć drogą naturalną (po przebyciu choroby) lub sztuczną drogą ochronnego szczepienia. Jednorazowe przebycie pewnych chorób, jak ospa, płonica, odra, nawet dur brzuszny i cholera dają najczęściej dłuższy czas trwającą ochronę. Podług Roemera również zakażenie gruźlicze do pewnego stopnia zabezpiecza danego osobnika od reinfekcyi gruźliczej. Z drugiej strony istnieje długi szereg chorób zakaźnych, jak wiewiór, błonica, dur powrotny, grypa, włóknikowe zapalenie płuc (pneumonia), których przebycie nie wytwarza żadnej odporności; niektóre choroby, jak: n. p. róża, usposabiają nawet do następnych zachorzeń.

Jak wyżej wspomnieliśmy, choroby zakaźne przebiegające lekko, mogą dać taką samą ochronę, jak zakażenia ciężkie. Szczególnie często spostrzega się powyższa zasada przy płonicy, cholerze i durze brzusznym, przyczem wyjątkowo lekkie postacie tych chorób zabezpieczają w równej mierze, jak postacie najcięższe.

Tego rodzaju fakty doprowadziły już dawniejszymi czasy do sztucznego wywoływania odporności. Tak n. p. podczas lekkich epidemii odry, o ile w rodzinie zachorowało jedno dziecko, próbowano przez rozmyślne zetknięcie z chorym, zakazić pozostałe dzieci, aby je zabezpieczyć od zakażeń późniejszych, mogących ciężej przebiegać.

Po wykryciu swoistych zarazków, starano się w całym szeregu chorób zakaźnych wywołać odpornosć przeciw zakażeniu drogą szczepienia osłabionemi lub zabitemi bakteryami. Pierwszy Pasteur wykonał systematyczne doświadczenia tego rodzaju, a następnie Roeb, Pfeifer, Gruber, Behring, Ehrlich, przeprowadzili badania co do istoty i przyczyn odporności nabytej. Przyczyn odporności nabytej, zarówno naturalnej jak sztucznej, szukać należy we wzmożeniu odporności naturalnej drogą powstawania we krwi ciał ochronnych.

Siły ochronne natury ogólnej (fagocytoza), aleksyny, leukiny, opsoniny i t. p.) bronią ustrój w jednakowej mierze od różnorodnych chorób zakaźnych. Ważniejszą rolę w sprawie nabytej odporności odgrywają swoiste ciała ochronne, które zjawiają się pod wpływem swoistych sprawców chorób. W walce z chorobami zakaźnemi biorą udział zarówno czynniki potęgujące wrodzoną odporność, jak ciała ochronne natury swoistej i wyzdrowienie należy uważać jako wynik współdziałania obydwóch czynników.

Przy nabytej odporności przeciw toksynom, ciałami ochronnemi są antytoksyny, przy odporności przeciw bakteryom powstają lizyny (bakteryolizyny), opsoniny, aglutyniny i precypityny. Ustrój oddziaływa na każde zaszczepienie obcych ciał, n. p. zaczynów, ciałek krwi, wytwarzaniem swoistych niweczników (anticorps). Ciała wywołujące powstawanie niweczników zwą się antygenami. Wszystkie antygeny i odpowiednie niweczniki dążą do wzajemnego połączenia się, co odbywa się z maksymalną energią chemiczną.

Z kolei rozpatrzymy uodpornienie sztuczne czynne i bierne.

Jak wiemy, wrodzona odporność przeciw bakteryom zależy od całego szeregu ciał ochronnych i od zachowania się leukocytów. Wiemy, iż leukocytoza odgrywa pewną rolę w sprawie odporności. Wywołując n. p. sztuczną leukocytozę u królików wstrzykiwaniem sperminy lub pilokarpiny, zabezpieczamy je od zastosowanego jednocześnie zakażenia pneumokokkowego.

Alkalizując soki ustroju, podnosimy również odporność przeciw pewnym zakażeniom. Ustrój zwierząt alkalizowanych energiczniej zwalcza zakażenie wąglikowe, niż ustrój zwierząt, nie poddawanych działaniu alkalii.

Przekrwienie zastoinowe podług metody Bier'a podnosi również odporność. Nötzel dowiódł, że króliki u których wywołano metodą Biera przekrwienie kończyny, nie podlegały zakażeniu wąglikiem, o ile zakażano miejsce poddane przekrwieniu: po upływie doby od wstrzyknięcia ani mikroskopowo, ani zapomocą hodowli, nie wykryto w przesięku zarazków wąglika.

Wstrzykiwanie małych dawek arsenu i fosforu, nawet umiarkowana praca mięśniowa, podnoszą sprawność protoplazmy komórek, sprzyjają wytwarzaniu się ciał ochronnych i przyczyniają się do wzmożenia odporności wrodzonej.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

La Torre. **O zmianach w utkaniu macicy pod wpływem substancyi pobudzających macicę do skurczu.** (Gynaek. Rundschau. 1912. Nr 10). Materyał doświadczalny obejmuje około 100 macic psów, w rozmaitych stanach fizyologicznych. Preparaty, barwione metodą Ramon y Cajala, wykazały, że ergotyna działa na włókna mięsne gładkie macicy silnie tetanizująco, rozszerza jednak przytem zarówno światło macicy, jak i naczyń, znajdujących się w błonie śluzowej. Działanie to jest wybitniejsze w okresie przerostu włókien (ciąża), lub gdy macica jest miększa (połóg, miesiączka). Naczynia, biegnące w błonie mięsnej, zostają zaciśnięte i dowóz krwi do błony śluzowej ustaje. Hydrastynina nie okazała się środkiem wybitnie lub wyłącznie działającym na naczynia; jeszcze mniej »viburnum prunifolium«, co potwierdza i doświadczenie kliniczne. Natomiast styptycyna wywołuje charakterystyczne zwężenie światła naczyń, podczas gdy błona mięsna pozostaje prawie bez zmiany. Jeszcze lepszym środkiem przeciwkrwotocznym jest, zdaniem autora metranodyna, działająca niezależnie od okresu fizyologicznego, w jakim się macica znajduje, przytem równo energicznie na błonę mięsną macicy, jak i naczyń, wywołując zwężenie ich światła. Pod wpływem żelatyny nie wystąpiły żadne wybitniejsze zmiany.

A. Markowa.

Jägerroos. **W sprawie wczesnego wstawania po porodzie.** (Gynaek. Rundschau. 1912. Nr 11). Autor daje przegląd argumentów zwolenników i przeciwników wczesnego wstawania kobiet po porodzie. Sam rozporządza materyałem, obejmującym 160 przypadków z zakładu położniczego w Bjorneborg. Położnice, którym odrazu pozostawiono zupełną swobodę ruchów, wstają po raz pierwszy w 6—20 godzin po porodzie na pięć do trzydziestu minut. Każdego następnego dnia pozostają dłużej poza łóżkiem. Zakład opuszczają średnio w 7—8 dniu po porodzie. W tych warunkach inwolucya macicy postępowała szybko, a o ile zewnętrznem badaniem można było stwierdzić, znajdował się trzon macicy zawsze w przodopochyleniu. Powłoki brzuszne i dno miednicy nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Odchody obfite w pierwszych dniach, szybko ustawały. W pięciu przypadkach wystąpił w dobę po porodzie krwotok, który się jednak więcej nie powtórzył. Ni-

gdy nie spostrzegał J. podwyższenia ciepłoty, zakrzepu lub zatoru. Wydzielanie mleka było dostateczne, stan ogólny, sprawność pęcherza i jelit bardzo dobre. Również gładko przebiegał w tych warunkach połóg w 2 przypadkach łożyska bocznie przodującego. Podnosząc te dodatnie strony wczesnego wstawania po porodzie podkreśla autor, że zasady tej nie należy nadużywać dla powrotu do ciężkiej pracy. A. Markowa.

Jaschke. **O pooperacyjnem stosowaniu pituitryny.** (Münchn. med. Woch. 1912. Nr 30). Autor poleca stosowanie pituitryny po operacyach w dawkach dość wysokich ze względu na toniczne działanie jej na serce i naczynia przypominające działanie adrenaliny, lecz utrzymujące się dłużej. Pituitryna sprowadza uderzenia serca rzadsze, lecz pełniejsze, podnosi ciśnienie krwi i wzmaga wydzielanie moczu. Przeciwwskazanie dla pituitryny stanowi stwardnienie tętnic, szczególniej wieńcowych i stany zapalne nerek. Bardzo pożądanem działaniem ubocznem jest pobudzenie pęcherza do rychłego samoistnego opróżniania się. A. Markowa.

Deus. **O przebiegu porodów po hebosteotomii.** (Gynaek. Rundschau. 1912. Nr 11—12). Autor stara się wyświetlić wpływ hebosteotomii na przebieg późniejszych porodów. W bliźnie wytworzonej po hebosteotomii pierwotnie z tkanki łącznej, następuje odkładanie się soli wapniowych. Sprawa ta odbywa się powoli, aż powstanie zrost kostny. Zanim to nastąpi, blizna ulega w czasie porodu rozpulchnieniu i rozciągnięciu, tembardziej, że każda nowa ciąża powstrzymuje zwapnienie. Zrost kostny, pierwotnie szeroki, zmniejsza się następnie pod wpływem nacisku ze strony główek kości udowych. Blizna czysto włóknista jest rzadszą i wywołuje niepożądane powikłania. Kostnina, rosnąc ku światłu miednicy, może wywołać nawet znaczniejsze jego ścieśnienie. D. zestawia 79 przypadków, gdzie po dokonanej hebosteotomii odbyły się dalsze porody. W 28 przypadkach (35·5%) nie można było stwierdzić następowego rozszerzenia światła macicy, względnie nie było ono dostatecznem. Należą tu jednak i porody przedwczesne, gdzie więc nie można ocenić, jak przebiegałby poród na czasie. W 4 przypadkach spostrzegano rozszerzenie się macicy, którego dowodziło powiększenie się wszystkich wymiarów. W 25 przypadkach (31·8%) można było stwierdzić rozszerzenie się światła miednicy w czasie porodu bądź skutkiem rozciągnięcia się włóknistej blizny, bądź skutkiem rozpulchnienia zrostu po hebosteotomii, niezupełnie jeszcze inkrustowanego solami wapniowemi. 17·5% przypadków nie dozwala na wysnuwanie żadnych wniosków ze względu na brak odnośnych szczegółów. W 15·2% wynik operacyi był zupełnie ujemny i wymagał nowego zabiegu operacyjnego (15 razy ponowna hebosteotomia, trzy razy cięcie cesarskie). Na zasadzie powyższych danych stwierdza Deus, że hebosteotomia jest przy miednicach płaskich zabiegiem nie tylko przygotowującym do rozwiązania, lecz również i leczniczym. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Finger Prof. **Myśli o działaniu naszych środków przeciwkiłowych.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Autor wywodzi swe roztrząsania od zapatrywania swego mistrza Sigmunda, który stwierdzał, że rtęć silniej działa na zmiany kiłowe, niż na sam jad i że jest środkiem wzmacniającym (roborans), co i późniejsi autorowie częściowo przyznają, przyrównując działanie przetworów rtęciowych do działania arszeniku. Stąd ostateczny wynik zniszczenia jadu kiłowego przy leczeniu rtęcią zależy głównie od energii, z jaką ustrój oddziaływa na ten bodziec t. j. rtęć, a działanie jej zabójcze na mikroby w ustroju zdaje się być bardzo wątpliwe. Jako dowód przytacza F. niezależność wyleczenia od dawek rtęci, dalej, że szybkość odczynu zmian kiłowych na rtęć nie odpowiada ilości znajdujących się tamże krętków, a wreszcie, że po ustąpieniu skutkiem leczenia rtęciowego nacieków pozostają w tkankach krętki. Autor sprzeciwia się także teoryi o szczepie krętków odpornych na działanie rtęci i uważa teoryę tę za zupełnie zbyteczną. Przytem zauważa, że rtęć działa niewątpliwie silniej i korzystniej w okresie objawowym niż utajonym, a to korzystne nawet wybiórcze działanie na nacieki należy tłómaczyć nie działaniem środka, ale samych tkanek. Tem też tłómaczyć należy spostrzeżenia całego szeregu autorów, stwierdzające, że rtęć działa korzystniej, gdy się ją stosuje w okresie ogólnego wybuchu, niż przed takowym. Niema również podstaw do przypuszczenia, że odczyn Jarisch-Herzheimera jest wynikiem działania rtęci czy salwarsanu na jad, a raczej mamy tu do czynienia z działaniem na same nacieki. Wnioskując zatem z tych różnych spostrzeżeń, przyjąć trzeba do przekonania, że nie rtęć sama, ale związek jej z ustrojem jest w stanie doprowadzić do zupełnego wyleczenia, które zależne jest nie tyle od naszych wysiłków leczniczych, ile od stanu i właściwości samego ustroju. Przechodząc do działania przetworów arsenowych stwierdza to samo działanie na nacieki co przy stosowaniu rtęci — a na jad o tyle tylko, o ile arszenik pobudza i wzmacnia siły ustroju, który sam zwalcza istniejące w nim mikroby. To też wedle F. szanse wyleczenia kiły przetworami arszenikowymi są analogiczne do takiegoż wyleczenia rtęcią. F. Krzyształowicz

Blaschko A. **Uwagi o osobniczem rokowaniu w kile.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Rokowania w kile, oparte na zestawieniach pewnej ilości przypadków są zawsze tylko przeciętne i ogólne — tymczasem w tej chorobie zależy głównie na rokowaniu w każdym poszczególnym przypadku, lekarz musi zatem oceniać, jakie czynniki są w tym razie decydujące. Nawroty kiłowe powstają głównie w chwili zmniejszenia odporności ustroju, a czynnikami działającymi na to osłabienie ogólne lub miejscowe są urazy, podrażnienia, wyskok, choroby zakaźne (jak malarya lub gruźlica) i t. p. Ale w wielu przypadkach nawrotów nie znajdujemy czynników tego rodzaju, dlatego B. przypuszcza, że w wielu przypadkach bodźcem wywołującym nawrót jest zwolnienie biegu krwi w jakimkolwiek narządzie lub jego części i stąd stan naczyń ma w tym razie tak wielkie znaczenie. Własności osobnicze ustroju muszą odgrywać w tym razie także nie małą rolę. Jako przyczynę różnego przebiegu choroby przypisywano także różnej jadowitości krętków bladych, na co jednak nie ma dowodów i co wydaje się nieprawdopodobne. To też przypuszczenie istnienia osobnej postaci kiły układu nerwowego »lues nervosa«, nie zdaje się być słusznem. Znaczenie leczenia przewlekłego wedle Neissera także nie jest nam znane, a w zestawieniach statystycznych łagodność przebiegu po takiem leczeniu nie jest dostatecznie uzasadnioną, gdyż większość objawów t. zw. 3-rzędnych nie jest wcale oznaką niekorzystnego przebiegu. Działanie salwarsanu zaś spostrzegamy jeszcze za krótko, aby można powiedzieć coś stanowczego w tym kierunku, — nie można jednak wykluczyć, że wczesne leczenie salwarsanem sprowadza znaczne osłabienie jadu i przez to daje więcej szans wyleczenia. Z rodzaju i jakości objawów wczesnych nie można wnioskować o dalszym przebiegu kiły, — usiłowania w tym kierunku zawiodły zupełnie. Odczyn Wassermanna wprowadzony w ostatnich czasach budził wielkie nadzieje możliwości trwalszego rokowania, ale nadzieje te nie zupełnie się ziściły. Nie możemy bowiem odpowiedzieć stanowczo na pytanie: czy uważać utrzymujący się stale niezależnie od leczenia odczyn ujemny za korzystny — a uporczywie utrzymujący się nawet po leczeniu lub szybko po leczeniu powracający odczyn dodatni za niekorzystny? Obecnie stwierdzić tylko trzeba, że sam odczyn dodatni bez ciężkich objawów klinicznych nie daje powodu do złego rokowania. Wiadomo, że w przypadkach porażenia postępującego odczyn W. jest z reguły wybitnie dodatni, dotąd jednak nie wiadomo, czy odczyn zjawia się z początkiem choroby, czy też nie był nigdy w ciągu całego przebiegu

u tego osobnika ujemny? Z danych tych zatem można wnioskować, że w zakresie rokowania w kile wszystkie dane są niepewne i problematyczne; to też czeka nas jeszcze dużo pracy w różnych kierunkach dla ocenienia znanych nam faktów, ale dotąd należycie niewyjaśnionych,

F. Krzyształowicz.

Mulzer. **Problem dziedziczności kiły w świetle nowszych badań.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Dawne prawo Collesa musi wobec nowych badań opiewać w następujący sposób: matki dzieci urodzonych z kiłą nie są zdrowe i na kiłę odporne, lecz z reguły kiłowe, chociaż choroba jest utajona, a skutkiem tego i odporne na zakażenie. Na zmianę zapatrywań wpłynęły głównie badania odczynu Wassermanna u matek chorych dzieci. Co do możliwości przeniesienia kiły przez ojca na dziecko przy zapłodnieniu bez zakażenia matki, autor stwierdza swojemi doświadczeniami i innych autorów, że nasienie może zawierać jad wywołujący chorobę, ale ponieważ nie można przypuszczać istnienia krętków w samych plemnikach, stwierdzić trzeba, że mogą się znajdować obok nich w cieczy nasienia. W tym razie jednak nie podobna myśleć o dostawaniu się krętków między pojedyncze blaszki zarodka w pierwszych chwilach rozwoju i bez zakażenia matki. To też problem kiły po ojcu w życiu płodowem nabytej pozostaje dla autora nierozstrzygniętym.

F. Krzyształowicz.

Lewandowski A. **Dermatologia a szkoła.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Autor, jako lekarz szkolny w Berlinie, przekonał się dostatecznie, że nagromadzenie dzieci w szkole stwarza warunki, wpływające niekorzystnie na istniejące u dzieci choroby skórne i zmniejsza odporność na nie szczególnie przy obecności schorzeń ustrojowych. Najważniejszą jest w tym razie możność przenoszenia się chorób takich, jak świerzb, liszajec, grzyb strzygący, wszawica i t. p. Obok tego istnieją schorzenia wymagające higieny osobniczej dziecka, w pierwszym rzędzie zaś zołzy, usposabiające do różnych schorzeń skóry. U tych dzieci zatem musi się zwracać uwagę na ogólne warunki higieniczne, odpowiedni klimat, odżywienie szczególną, dbałość o skórę i t. p. czynniki, które, jak wiadomo, mogą mieć bardzo wielkie znaczenie. Zadaniem lekarza szkolnego zatem jest: z jednej strony nie dopuścić do szkoły tak chorego dziecka, a z drugiej starać się o stworzenie tych lepszych warunków higienicznych, których zazwyczaj nie ma w domu. To też co do ostatniego postulatu współdziałać muszą energicznie różne towarzystwa opiekujące się dziećmi i wysyłające je w odpowiednie miejsca klimatyczne, czyli przenosić dziecko w lepsze warunki niż te, w których się znajduje. Jako przykład podaje L. świerzbiączkę, która może ustąpić lub pozostać całe życie zależnie od warunków, w których dziecko żyje. Wreszcie wspomina autor i o chorobach wenerycznych, których kilka przypadków zastraszających opisuje. Co do samej higieny zwracać należy uwagę przedewszystkiem na czystość skóry, to też pożądanąby była możność jak najczęstszej kąpieli po zabawach i gimnastyce, jakoteż uwaga na czystość dziecka przychodzącego do szkoły. F. Krzyształowicz.

Linser. P. **Zastosowanie lecznicze prawidłowej surowicy ludzkiej.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Autor stwierdza przedewszystkiem, że wynik leczniczy w przypadkach wysypek, występujących w związku z ciążą, po stosowaniu wstrzykiwań surowicy nie-ciężarnych jest gorszy niż po użyciu do wstrzykiwań surowicy ciężarnych. W dalszym ciągu przestrzega przed domieszką krwinek czerwonych, które sprowadzić mogą znaczne ogólne osłabienie duszność i białkomocz. Z innych chorób stosował L. tę metodę: w 18 przyp. pokrzywki z bardzo dobrym skutkiem (w 15 przyp. wyleczenie); w 12 przyp. świerzbiączki (prurigo), w których nastąpiło szybkie i trwałe wyleczenie, a nawet w przypadkach świądu u starców otrzymał w połowie wynik korzystny. W przypadkach ogólnych wyprysków u dzieci następowała również po wstrzykiwaniu prawidłowej surowicy znaczna poprawa, szczególnie co do swędzenia, mniejsza w wypryskach u dorosłych. Wyborny skutek miały te wstrzykiwania w plamicy (purpura), w szkorbucie i w przypadkach częstego krwawienia z nosa. W 6 przyp. pęcherzycy nawet liściastej, otrzymano wyleczenie po większej ilości tego rodzaju wstrzykiwań, dlatego autor do dalszych prób w tym kierunku bardzo zachęca. Dodaje w końcu, że wstrzykiwania prawidłowej surowicy, ile możności jak najświeższej (w godzinę po braniu krwi) nie powodowały nigdy żadnych zboczeń tak, iż dokonywał ich u przychodnich chorych. F. Krzyształowicz.

Ledermann R. **Przyczynek kliniczny do działania salwarsanu.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. 113). Na podstawie całego szeregu przypadków kiły, leczonych salwarsanem, dochodzi autor do wniosku, iż salwarsan jest środkiem przeciw jadowi kiłowemu swoistym, a działanie jego jeszcze bardziej się wzmaga, jeżeli równocześnie leczy się chorego rtęcią. Lecząc chorego ze zmianą pierwotną, kiedy jeszcze objawy drugorzędne się nie pojawiły, nawet, jeżeli jej się operacyjnie nie usunie, można doprowadzić do tego, iż zmiany drugorzędne nie pojawią się, a reakcya Wassermanna pozostanie ujemną. Zmiany drugorzędne usuwa salwarsan szybciej aniżeli rtęć, to samo zmiany trzeciorzędne, chociaż ciężkie kilaki kości wymagają czasem dużych ilości salwarsanu. Czy leczenie salwarsanem zwiększa przypadki t. zw. neurorecydyw, L. jeszcze powiedzieć nie może. Zmiany kiłowe nerwów obwodowych bardzo często szybko przy leczeniu salwarsanem ustępują, natomiast na zmiany mózgowe salwarsan wywiera mały wpływ, tak samo, jak i na zmiany parasyfilityczne, wiąd rdzenia i paraliż postępowy. H. L. Weber.

P. Dorn. **Obraz krwi u ludzi cierpiących na kiłę po podaniu salwarsanu.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1912. T. 111). Czy podamy choremu salwarsan śródmiąższowo, czy też zapomocą wlania śródżylnego, w krwi jego powstanie zawsze zwiększenie się ilości leukocytów, jednakże nigdy w wysokim stopniu; różnica zaś polega na tem jedynie, iż leukocytoza po wlaniu trwa zaledwie kilka godzin, po wstrzyknięciu zaś śródmiąższowem trwa 2—3 dni i dłużej. Po wlaniu salwarsanu zauważyć również się daje krótkotrwała hemoliza, która się charakteryzuje zmniejszeniem się ilości hemoglobiny i wystąpieniem urobiliny w moczu. H. L. Weber.

Fabry. **Zastosowanie operacyi Payera przy toczniu żrącym twarzy.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1912. T. 111). F. zastosowuje metodę Payera, którą leczono dotychczas jedynie tocznia żrącego kończyn, do leczenia tocznia twarzy, podcinając miejsce zajęte sprawą chorobową i tworząc

w ten sposób płat skóry, pod który wsuwa gazę jodoformową, działającą zgubnie od spodu na guzki gruźlicze. Po kilku tygodniach ów płat skórny przyszywa F. z powrotem. Wyniki osiągnięte autora zadawalają. H. L. Weber.

Nakano. **O sztucznej hodowli prątków trądu na ciałach zwierząt padłych.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1912. T. 111). N. streszcza się na końcu swej pracy mniej więcej w następujący sposób: prątki trądu rozwijają się na otrzewnie zabitych szczurów i świnek morskich, a szczyt ich rozwoju zauważyć się daje w drugim, trzecim, czasem czwartym dniu po zaszczepieniu, poczem przerośnięte bakteryami gnilnemi giną i znikają. Przeszczepienia na otrzewnę zwierząt zabitych udają się zawsze. Prątki tak wyhodowane barwią się ciemno czerwono fuchsyną.

H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 5. III. 1912.

Rogalski przedstawia 19-letnią dziewczynę, córkę wyrobnika, dziedzicznie nie obarczoną i aż do wystąpienia obecnej choroby, prócz przebytej między 10 a 15 rokiem odry, zawsze zdrową. Do ambulatoryum zgłosiła się chora z powodu choroby rąk i nóg, która wystąpiła w lipcu 1911 roku a rozpoczęła się osłabieniem kończyn dolnych, uczuciem bólu »jakby miała łydki kijem zbite«, które występowało po dłuższem chodzeniu lub staniu. Ten brak siły w nogach i ból w łydkach zwiększał się stopniowo i to z większem nasileniem w kończynie prawej, a w październiku 1911 zauważyła chora, że prawej stopy nie może podnosić tylko powłóczy nią przy chodzeniu. Obecnie, gdy chora rano wstaje, nogi są zupełnie ścierpnięte i dopiero po zrobieniu kilku kroków, które chora stawia z trudnością, nabierają władzy. Wieczorem po całodziennem zmęczeniu występuje ból pod kolanami i w łydkach. W jesieni 1911 spostrzegła również chora, że po zmęczeniu rąk dzienną pracą doznaje bólu w obu kończynach górnych i to głównie w okolicach stawów łokciowych i w członkach palców, a nadto, że z powodu drżenia palców nie może utrzymać w nich jakiegoś lżejszego przedmiotu n. p. łyżki. Zauważyła wreszcie, że palce, w których najwięcej bólu uczuwa, przykurczają się. Stan taki utrzymuje się do dziś dnia. Prócz zjawiającego się czasami szumu w głowie nie ma chora żadnych innych dolegliwości.

Badanie wykazało: Nierówność źrenic i prawie zupełny brak ich oddziaływania: Pr. źrenica okrągła, 5 mm. zupełnie nieruchoma; L. źrenica skośnie owalna, 3—4 mm, oddziaływa bardzo słabo na światło dzienne, zresztą nieruchoma. Dno oka po str. l normalne, po pr. wykazuje lekkie zblednięcie skroniowej części tarczy.

Kończyny górne: Ruchy czynne i bierne w stawie barkowym, łokciowym i garstkowym obustronnie prawidłowe. Zaburzenia spotykamy jedynie w obrębie stawów nadgarstkowo-palcowych i międzypalcowych. I tak palce, prócz kciuka są stale zgięte w stawach międzypalcowych 2. i 3., stąd typ ręki pazurowatej. Przy usiłowanem wyprostowaniu ich następuje jedynie hyperekstenzya w stawie nadgarstkowo-palcowym, palce zaś pozostają zgięte. Rozstawianie palców znacznie utrudnione, rozstawianie prawie niemożliwe, przeciwstawianie minimalne. Upośledzenia te spotykamy prawie w równym stopniu w obu rękach; jedynie ruchy kciukiem są swobodne. Odruchy ścięgniste obustronnie równe, miernie żywe, okostnowe nie dają się wywołać. W obrębie thenar, hypothenar, musculi interossei i adductor pollicis obustronnie wybitne zaniki. Siła mięśniowa obustronnie bardzo mała: chora może na dynamometrze posunąć wskazówkę zaledwie 0·1—2 podziałek.

Odruchy brzuszne górne obustr. obecne, dolne czasem zaznaczone, czasem nie dają się wywołać. Kończyny dolne: Chód brodzącego. Zewnętrzny brzeg stopy zwłaszcza prawej opada przedtem ku dołowi. Chora powłóczy palcami, o ile nie uniesie wyżej nogi. Lekka niezborność przy zamkniętych oczach, na jednej nodze zupełnie ustać nie może. W obrębie kończyn górnych i dolnych drgania włókienkowe mięśni.

Ruchy czynne: Zginanie nóg w stawie biodrowym upośledzone (równocześnie obu nogami o ca 30—40 stopni, pojedynczo o ca 60). Inne ruchy w stawie biodr. i ruchy w stawie kolan, zachowane. W stawie skokowym przy fleksyi wolarnej zdolna jest chora przezwyciężyć tylko mały opór, zwłaszcza po str. pr. Fleksya dorsalna po str. l. bardzo słaba po pr.=0. Ruchy palcami po str. lewej minimalne po pr.=0. Pronacya obustr. b. słaba, supinacya obustr.=0. Stopy zwisają zwłaszcza brzegiem zewnętrznym. palce obustr. zgięte, silniej po str. pr. Kończyny, pr. do kolana, lewa do połowy podudzia są sine i chłodne. Przy ruchach biernych odbiera się wrażenie zmniejszonego napięcia w zakresie obu staw. skokowych. Odruchy kolanowe obustr. zaznaczają się tylko ledwo wyczuwalnym skurczem mięśnia udowego, Achillesowych obustr. brak, podeszwowe słabe, ku stopie. Przy wymiarach nie można stwierdzić różnicy między stroną pr. i l. Słabo zaznaczone zaniki mięśni międzykostnych. Pnie nerwowe niebolesne na ucisk. Zaburzeń czucia brak. Wobec podejrzenia na ewent. tło specyficzne zbadano krew, a gdy próba Wassermanna wypadła ujemnie, poddano chorą badaniu ginekologicznemu, które wykazało Virgo intacta.

Odnośnie do rozpoznania różniczkuje ref. między Polyneuritis a neurotyczną formą zaniku mięśniowego (typ Charcot-Marie). Wobec braku podmiotowych bólów i bolesności pni nerwowych, braku zaburzeń czucia, obecności zaników w zakresie n. medianus i ulnaris, a nie radialis, w obrębie zaś nóg porażeń w zakresie peroneus skłaniałby się do przyjęcia tej drugiej choroby. Jedynie tylko przebieg choroby sprzeciwiałby się temu rozpoznaniu, gdyż upośledzenie odruchu źrenicznego może występować tak przy jednem jak i drugiem schorzeniu.

W dyskusyi zabiera głos Landau, który rozpoznawałby raczej Polyneuritis, jakkolwiek przebieg jest atypowy. Za chorobą tą przemawia szybki jej rozwój, wystąpienie zaburzeń w kończynach górnych już w kilka tygodni po zajęciu kończyn dolnych. Przeciwko Polyneuritis nie może przemawiać brak charakterystycznych dla tej choroby porażeń w zakresie n. radialis, a obecność natomiast ręki pazurowatej, gdyż znane są i tego rodzaju wyjątkowo formy. Bólów obecnie nie mamy, ale dowiadujemy się o nich z wywiadów. Zajęcie zaś n. okoruchowego częściej spotykamy przy Polyneuritis. Za neurotyczną formą zaniku mięśniowego przemawiałoby jedynie charakterystyczne ustawienie kończyn dolnych i górnych, przebieg jednak przemawia stanowczo przeciwko tej tak wybitnie chronicznej chorobie. Rydel zostawiłby rozpoznanie kliniczne jako nierozstrzygnięte, gdyż brak etyologii i inny typ porażeń kończyn górnych a inny dolnych przemawiałyby przeciw przyjęciu Polyneuritis, za tą zaś chorobą przemawiałby znów przebieg. Brak natomiast odruchu źrenicowego kazałby myśleć o przymiocie mimo ujemnego wyniku próby Wassermanna. Piltz jest zdania, że wobec braku podejrzenia na przymiot tak ze względu na wywiady jak i objawy i ujemny wynik badania krwi nie ma się prawa przyjmowania sprawy kiłowej, za zanikiem neurotycznym przemawiałyby także drgania włókienkowe mięśni.

Uwzględniwszy wszystkie za i przeciw, zgodzono się na postawienie rozpoznania Polyneuritis subacuta.

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek.« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redakcya kalendarza lekarskiego uprasza za naszem pośrednictwem wszystkich P. T. Kolegów sekretarzy Towarzystw naukowych i zawodowych o łaskawe nadesłanie listy członków wydziału, o ile nastąpiła zmiana składu w porównaniu z wydrukowaną w kalendarzu na rok 1912.

— Na odbytem w dn. 24. b. m. posiedzeniu administracyjnem sekcyi zakopańskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich przeprowadzono wybory nowego Zarządu sekcyi na czas do grudnia 1913 r., a mianowicie obrano prezesem kol. J. Różeckiego, sekretarzem kol. M. Wojczyńskiego, skarbnikiem kol. H. Wilczyńskiego.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Koledze Dr Ferdynandowi Eichhornowi z Krakowa za 19 cennych roczników czasopism ofiarowanych bibliotece. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Instrumentaryum lekarskie (zwłaszcza ginekologiczne i dentystyczne) po ś. p. kol. Smorągiewiczu jest do nabycia u p. Smorągiewiczowej (Podgórze, Józefińska 23).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. IX. do 28. IX. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 7 † — (4 † 2), odry 1, duru brzusznego 6 † 1 (3 † 2), czerwonki 6 † 3 (— † —).
Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 16. IX. do 30. IX. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 8 † —, dur brzuszny — † —. Dr Trenkner.

Mianowani: Prof. Bielschowsky z Lipska, dyrektorem kliniki okulistycznej w Marburgu w miejsce zmarłego prof. Bacha: Dr F. H. Pratt, profesorem fizyologii w Buffalo; Dr J. P. Schaffer profesorem anatomii w New Haven; Dr B. Hawk profesorem chemii i toksykologii we Filadelfii.

Zmarli:

Jakób Birencweig.

Urodził się w roku 1859 w Inowłodzu pod Tomaszowem rawskim, zmarł w Łodzi 26. września b. r. Wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego ukończył w r. 1884, poczem przez lat trzy kształcił się na lekarza chorób wenerycznych i skórnych. W r. 1887 osiadł w Łodzi i był tu pierwszym, który zajmował się jedyną wyłącznie gałęzią medycyny, był pierwszym tu specyalistą. Dzięki swej wiedzy, wytrwałości i taktowi zaskarbił sobie wkrótce zaufanie szerokiego ogółu. Obok praktyki uprawiał i studya teoretyczne do ostatnich dni; dzielił się często swymi spostrzeżeniami, które demonstrował w towarzystwie lekarskiem. Był członkiem komitetu redakcyi »Czasopisma lekarskiego« i sekretarzem zarządu Towarzystwa lekarskiego. Z głębokim żalem żegnamy dobrego kolegę, sumiennego lekarza, zacnego człowieka. Skończył nagle swe pracowite życie. Bolesną tę stratę odczuwamy wszyscy. Niech spi spokojnie.

(Z mowy wygłoszonej przez prezesa Tow. lek. łódzk., kol. A. Kruschego, nad grobem zmarłego).

Zmarły ogłosił drukiem: 1) Czuła proba na cukier. Pam. Tow. lek. Warsz. 1890. 2) Przypadek bakteriurii. Gaz. lek. 1888 (pierwszy w literaturze polskiej, a jeden z pierwszych w literaturze wszechświatowej). 3) Przekład polski dwu rozdziałów »Hipurgii« Mendelsohna.

Dr Stanisław Hassewicz, znany filantrop i działacz oświatowy, zmarł w Warszawie w 72 r. życia.

Prof. J. Schmitt, internista w Nancy; Dr Archinard, profesor neuropatologii w Nowym Orleanie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1912:

Gazeta lek. Nr. 36—39. Jarosz: O twardzieli. (36). — Truszkowski: Przypadek włóknikowego zapalenia błony śluzowej gardzieli. (36). — Jaworski: Materyały do statystyki i etyologii raka. (37). — Higier: W sprawie zapaleń mózgu o przebiegu podostrym. (37). — Cykowski: Kleszcze porodowe wysokie. (39). — Kędzierski: Przypadek chorionepitheliomatis po porodzie czesnym. (39).

Tygodnik lek. Nr. 37—40. Gaik: O chorobie Basedowa. (37—38). — Mars: O postępowaniu chirurgicznem wobec otrzewnej. (37—38). — Ashkenazy: Mechanoterapia wobec balneoterapii. (38). — Lehm: Przypadek wrodzonej przegrody błoniastej w krtani. (39). — Reis: Krótki zarys rozwoju chirurgii ocznej. (39—40). — Ashkenazy: Mechanoterapia wobec balneoterapii. (39). — Grek: Pierwszy przypadek włośnicy stwierdzony w Galicyi. (40).

Medycyna i Kronika lek. Nr 36—39. Halpern: O leczeniu dyetetycznem stanów obrzękowych (36). — Pechkranc: Samoiste rozszerzenie przełyku (36). — Matylda Biehler: Niedokrwistość o typie blednicowym u dzieci. (37—38). — Halpern: O leczeniu dyetetycznem stanów obrzękowych (37), — Wojciechowski: Syfilidy skóry w przebiegu wiądu rdzenia kręgowego i porażenia postępującego. (38). — Ołtuszewski: Wyniki naukowej i praktycznej działalności w warszawskim zakładzie dla zboczeń mowy w ciągu 20-letniego jego istnienia. (39). — Sterling: Kilka uwag o wartości odczynu Kellinga w rozpoznawaniu raka. (39).

Nowiny lek. Nr. 9. Czajkowski: O leczeniu swoistem reumatyzmu, oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia. (9). — Chłapowski: O rozbrojeniu ustrojów na powtórne wstrzyknięcie innorodnego białka i o bionomicznem znaczeniu anafilaksyi (9). — Starkiewicz: Gruźlica dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. (9). — Trzebiński: O teoryi Freuda i psychoanalizie. (9). — Parnas: Przegląd ważniejszych prac z dziedziny fizyologii, chemii oraz farmakologii. (9).

Zdrowie Z. 9. Bujwid: Rozpylacz do oczyszczania powietrza w przestrzeniach mieszkalnych. — Bychowski: W sprawie utworzenia zakładów dla chroników.

Przegląd higieniczny Nr. 9. Dr Opieński: O konieczności dalszej reorganizacyi nauki higieny i somatologii w seminaryach nauczycielskich.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr. 11. W przededniu zjazdu balneologów w Meranie. — Pelczar: Balneoterapia chorób serca.

Głos lekarzy Nr 20—21. J. I. Kraszewski o zdrojownictwie polskiem (20 dok.). — Związkowy wiec zdrojowy w Krynicy. (20). — Klęsk: O spokoju i ciszy naszych zakładów w zdrojowiskach i uzdrowiskach. (21).

Słowo lekarskie Nr 17—18. Dr Roman Glassner: W sprawie wykonywania rozbioru moczu przez nie-lekarzy. (17). — Dr Jakób Weinsberg: Lekarz praktykujący — a publiczność. (17). — Higiena przemysłu w Galicyi w świetle sprawozdań inspektoratów przemysłowych za r. 1911. (18). — Niegdyś a dziś. (18).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Rok LI. Kraków, dnia 12. października 1912. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O roznosicielach zaraz.

(Rzecz odczytana na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich w lipcu 1911).

Napisał

Prof. Kučera (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Niezawsze jednak osoba zarażona prątkiem durowym zapada na dur, lecz może bez żadnej dla siebie szkody przez jakiś czas przechowywać prątki durowe w przewodzie pokarmowym i wydzielać je, czyli staje się roznosicielem, w tym przypadku »zdrowym« (»porteur sain«). I tak G. Mayer (l. c.) znalazł w okręgu Kaiserslautern prątki durowe u kobiety, zresztą zdrowej, będącej w służbie u roznosicielki, a następnie (w innych przypadkach) u brata względnie dziecka, wreszcie u towarzysza zabawy roznosicieli. Roznosicielstwo, w ten sposób nabyte, jednak zazwyczaj trwa krótko. Na 1800 zbadanych osób zdrowych w przeciągu 2 lat (1903–1905) znalazł Klinger[31]) 27 t. j. 1·5% roznosicieli, wydzielających prątki jużto przejściowo, już też miesiącami. W przypadkach, gdzie »roznosiciele zdrowi« wydzielali prątki również latami, wywołując cały łańcuch zakażeń, jak np. w przypadku Parka (przyt. wedł. Boineta i Olmera l. c.), dotyczącym kucharki, która w przeciągu 8 lat zaraziła 29 osób durem, zawsze jest łatwo możliwem, że raczej chodzi o ozdrowieńca po durze brzusznym, lecz postaci poronnej.

Nie można jednak pominąć milczeniem faktu, iż ze strony autorów francuskich odzywają się głosy, przemawiające przeciw znaczeniu roznosicieli durowych. I tak np. Granjux[32]) zwraca uwagę na to, że w wojsku pomimo blizkiego stykania się w sąsiedztwie takiego roznosiciela w przeciągu kilku lat zaledwo kilka przypadków duru się pojawia. Linossier[33]) zaś podnosi, że w takiej miejscowości kąpielowej, jak Vichy, gdzie zjeżdża się dużo chorych z cierpieniami żółciowemi, a między nimi z pewnością dużo roznosicieli, jednak dotąd nie było epidemii duru brzusznego.

Otóż nieulega wątpliwości, że dziś, jak i dawniej, na pierwszem miejscu jako źródło zakażenia w durze brzusznym stoi chory, lecz obok tego nie można zaprzeczyć znaczenia roznosicieli, stwierdzonego szeregiem przekonujących spostrzeżeń.

Wobec tych wszystkich nader zajmujących zdobyczy ostatnich 10 lat, jednak — trzeba przyznać — prawie bezsilną jest profilaktyka. Już sam kamień węgielny każdej profilaktyki, t. j. wykrycie roznosicieli, jest niepewny. Nawet tam, gdzie lekarz, prowadzący kampanię przeciwdurową, ma do rozporządzenia pracownię bakteryologiczną (w Galicyi urządzono w ostatnich latach dwie takie rządowe stacye bakteryologiczne: we Lwowie przy zakładzie higieny, w Krakowie w szpitalu powszechnym), obecne nasze metody rozpoznawcze nie zawsze pozwolą na stwierdzenie lub wyłączenie prątków w kale, zwłaszcza, jeżeli ilość ich jest zbyt mała. (Dla wykrycia »roznosicieli zdrowych« ważnem jest spostrzeżenie, o którem już na wstępie niniejszego referatu wspomniałem, to jest, że próba aglutynacyjna daje u nich wynik dodatni, dochodząc nawet do $^1/_{200}$ i charakteryzuje się według Dennemarka (l. c.) przez to, iż występuje nader powoli (w odczynie makroskopowym), a rozstrzygającem jest stwierdzenie wyniku dopiero po 24 godzinach).

Jeżeli już roznosiciela wykryto, nastręczają się dopiero trudności właściwej profilaktyki. Internowanie roznosicieli, jak tego próbowano z początku w Niemczech, latami, a choćby i miesiącami, przeprowadzić się nie da. Wyjątkiem będą takie zarządzenia, jak Froscha[34]), który w 4 wsiach odosobnił 73 roznosicieli (przeważnie dzieci), albo usunięcie roznosicieli w ten sposób, jak tego dokonano w armii japońskiej, w której po wojnie rosyjskiej wszystkich żołnierzy, ponad 6 tygodni wydzielających prątki durowe, uznano za niezdolnych do służby[35]). Istotną pomocą byłoby wyszukanie jakiegoś środka dla »wewnętrznego odkażania«; w tym względzie wykonano już liczne próby (cholagoga, yoghurt), nieraz[36]) z wynikiem dodatnim. Lepsze wyniki otrzymano w przypadkach wydzielania prątków durowych w moczu, i to przez podawanie urotropiny wzgl. borowertyny. O operacyjnem usuwaniu pęcherzyka żółciowego (Dehler), które zresztą nie usunęło roznosicielstwa i nadto w kilku przypadkach skończyło się niepomyślnie, wspominam tylko jako o chwilowem zbłądzeniu z drogi.

[31]) Arb. aus d. kais. Gesdhte. 25. 1907.
[32]) Wedł. Boineta i Olmera. l. c.
[33]) ibidem.
[34]) Wedł. Boineta i Olmera l. c.
[35]) Tsuzuki, Ctbl. f. Bakt. Ref. 47.
[36]) Np. Liefmann. Ctblt. f. Bakt. Ref. 44, 1909.

Pozostawałoby więc tylko traktowanie roznosicieli na równi z chorymi, t. j. stosowanie u nich tak zw. »bieżącego« odkażania przez cały okres roznosicielstwa, czyli niekiedy przez życie całe. Że tu jednak najlepsze pouczanie i nawoływanie do przestrzegania skrupulatnej czystości, do ostrożności w obchodzeniu się ze środkami spożywczymi, nie wystarczy, wynika z natury ludzkiej wogóle i z małej w niejednym przypadku inteligencyi roznosiciela.

Roznosiciele duru rzekomego — i to paratyfusu B — okazują w wielu punktach zupełne podobieństwo do roznosicieli prątków durowych właściwych. Więc i tutaj stwierdzono (n. p. G. Mayer[37]) na 39 roznosicieli-ozdrowieńców 6) takich, u których wydzielanie stwierdzano bakteryologicznie przeszło 1 rok, u 3 nawet 2—4 lat i, jeżeli się kierujemy wywiadami, to w 1 przypadku przeszło 4, w innym przeszło 10 lat. I tu także wydzielanie prątków odbywa się okresowo, w przerwach 5-miesięcznych, ba nawet $1^1/_2$-rocznych (tak, iż zdaniem wymienionego autora, chodzi tu raczej o nowe zakażenie), tak samo widzimy tu skłonność prątków paratyfusowych do usadawiania się w pęcherzyku żółciowym, jak tego dowodem np. przypadek paratyfusowego zapalenia pęcherzyka, opisany przez Eversa i Mühlensa[38]). Lecz bardzo wcześnie w toku badań stwierdzono fakta, przemawiające za daleko większem rozpowszechnieniem prątków paratyfusowych, aniżeliby odpowiadało sposobności zakażenia. Oto Conradi[39]) (1903) stwierdza częstą obecność prątków paratyfusowych w stolcach osób zakażonych prątkami duru brzusznego lub u ozdrowieńców po durze, a inni [Gaethgens[40]), Fornet[41]), G. Mayer] to potwierdzają. Rimpau[42]) opisuje 26 takich »przygodnych« (gelegentlich) roznosicieli paratyfusu B. Także jako towarzysza innych zakażeń, np. zakażenia połogowego, zapalenia okostnej, wykazano prątka paratyfusu, i to we krwi. ba nawet spostrzegano masowe pojawianie się jego we krwi, (a następnie i w stolcach) u ludzi zupełnie zdrowych. Znajdowano następnie (Kayser, Rimpau[43]) prątki te u osób zdrowych, zwłaszcza u dzieci szkolnych, niemających żadnej styczności z chorym na dur rzekomy i niewywołujących żadnych zachorowań w swojem otoczeniu. G. Mayer, który spostrzegał to samo, zwraca uwagę na to, że chodzi tu o dzieci ludności wiejskiej, hodującej trzodę chlewną, z którą dzieci łatwo się stykają. A właśnie u świń stwierdził Uhlenhut[44]) i jego współpracownicy (1907) częstą obecność prątka paratyfusu w treści kiszek, i to albo u sztuk zupełnie zdrowych (8·4%), albo przy rozmaitych chorobach. Tak samo i u krów, np. przy zapaleniu macicy (endometritis gangraenosa) wykryto obecność tego prątka (Hübener). Do tego dodać trzeba spostrzeżenia, dowodzące obfitego rozpowszechnienia prątków tych w naturze poza ustrojem zwierzęcym i świadczące zarazem o braku własności chorobotwórczych w takich razach. I tak Gaethgens[45]) 2 razy spostrzegał prątki paratyfusu w wodzie do picia bez żadnych następstw, Ostertag i inni podają analogiczne fakta, dotyczące mięsiwa, w powyżej zaś przytoczonej pracy G. Mayera znajdujemy nawet wiadomość, iż nie zawahano się użyć do zasilania głównego wodociągu w Pfalz źródła, w którem latami wykazywano obficie prątki paratyfusu B! To też wobec tego zrozumiałem jest wyrażenie Conradiego o walce z wiatrakami, przytoczone na samym wstępie. Późniejsze jednak prace Trautmanna, Königa, Aumanna[46]) itd. wykazują, że takie ogólne rozpowszechnienie (»Ubiquität«) prątka paratyfusu jest ograniczone tylko do pewnych miejscowości (np. okolic nadreńskich, Berlina), inne zaś miejscowości (np. Hamburg) takiego rozpowszechnienia tego prątka nie okazują.

Pomimo tego jednak nie można zaprzeczyć, że powyżej przytoczone fakta osłabiły znacznie doniosłość wykrycia prątków duru rzekomego, co do których, jak widać, nawet pojawienie się ich w wielkiej ilości we krwi nie jest dostatecznym dowodem związku przyczynowego z daną chorobą. Wogóle tak samo, jak w próbówce prątek paratyfusu okazuje dużo cech wspólnych z prątkiem okrężnicy, tak i epidemiologia potwierdza to pokrewieństwo: prątek paratyfusu może występować jako prątek jadowity, — a bywa takim w przypadkach, przebiegających klinicznie w postaci podobnej do klasycznego duru brzusznego — lecz stosowanie środków zapobiegawczych u każdego »roznosiciela zdrowego« byłoby przesadą. Takie też stanowisko zajmuje pierwsza grupa autorów (Gaethgens, G. Mayer i inni). W każdym razie jednak, zdaniem mojem, nie można lekceważyć roznosicieli, zajętych wyrobem lub sprzedażą mięsnych środków spożywczych (masarzy, wędliniarzy), bo łatwo może nastąpić u nich okres wzmożonej jadowitości prątka paratyfusu, a w następstwie tego gromadne zakażenie mięsem. (Tu trzeba nadto dodać, że wogóle studyum prątków z grupy paratyfusu dalekie jeszcze od ukończenia i że prawdopodobnie dużo z powyższych sprzeczności statystycznych wyjaśni się z chwilą, kiedy potrafimy rozróżnić dalsze »odmiany« paratyfusu).

Roznosiciele czerwonki. Znaną i charakterystyczną własnością czerwonki jest wielka jej skłonność do nawrotów. Wobec tego faktu utrzymywanie się prątków czerwonki w ustroju (w przewodzie pokarmowym) daleko po za okres ozdrowiania będzie bardzo prawdopodobnem. Lecz w badaniu nie tak łatwo stwierdzić to przypuszczenie. Każdy, kto miał sposobność zajmować się nieco większym materyałem czerwonkowym, wie, jak łatwo i jak obficie wyrastają kolonie prątka czerwonki na płytkach (Conradi-Drigalskiego) w przypadkach ostrych, cechujących się obecnością krwi i śluzu w stolcach. Jednak ilość prątków nader szybko obniża się z chwilą, kiedy stolce zaczynają przybierać cechy zwykłych stolców biegunkowych. Możność wykrycia prątków jednak jest zawsze jeszcze dopóty znaczna, dopóki utrzymuje się śluz w stolcach; z kału sformowanego wyhodowanie prątków udaje się już bardzo rzadko. Prawdopodobnie w znacznej części winien tu niezupełnie odpowiedni skład pożywek lub postępowanie przy hodowaniu. To też pierwsze systematyczne badania w tym kierunku podają stosunkowo krótki okres wydzielania prąt-

[37]) l. c.
[38]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 44. 1909.
[39]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 35. 1904.
[40]) Arb. aus d. Gesdhte. 25. 1907.
[41]) Arb. aus d. Gesdhte. 27.
[42]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 43. 1909.
[43]) Arb. aus d. Gesdhte. 30. 1909.
[44]) Bericht u. den XIV. Kongress für Hyg. 1907. Bd. 4.
[45]) Arb. aus d. kais. Gesdhte. 30. 1909
[46]) Ctblt. f. Bakt. 57. 1911.

ków. Lentz [47]) znalazł je w 3 przypadkach na 12 jeszcze w 4—5 tygodni po wyzdrowieniu, Conradi jako średni okres podaje 1—2 tygodni. W badaniach naszych, prowadzonych wspólnie z Gąsiorowskim i Rudzkim [48]), w seryi 20 przypadków przewlekłej biegunki, z których większość była ozdrowieńcami po czerwonce (bac Y), pomimo częstej obecności śluzu w stolcach zaledwo raz zdołaliśmy wykryć prątki czerwonki (a w przypadku tym w dodatku na sekcyi wykazano jeszcze przewlekłe zmiany czerwonkowe). Późniejsze jednak badania stwierdzają znaczniejsze odsetki roznosicieli wśród ozdrowieńców, i to w okresie nieraz bardzo długim. (Liczne przykłady znaleść można w referacie Lentza [49]). I tak np. z najnowszych zestawień Simon w Strassburgu [50]) podaje, że na 55 bakteryologicznie stwierdzonych przypadków czerwonki Y u żołnierzy, czterech wydzielało prątki przez przeciąg 144 resp. 162, resp. 214, ba nawet 918 dni. Podobnie, jak w durze brzusznym, i tu wydzielanie zjawia się okresowo w odstępach kilkudniowych wzgl. tygodniowych. Ilość kolonii jest zawsze nieznaczna, nie spostrzegamy tu owej przewagi prątka czerwonki nad resztą flory jelitowej, jak to nieraz bywa u roznosicieli duru. Siedzibą prątków jest tu sama ściana jelit, żółć jest wolna od nich.

Także i w czerwonce znamy »roznosicieli zdrowych«, i to, jak dotąd, głównie dzieci, u których Duval, Jehle i Charleton, Conradi [51]) znajdowali prątka Y. Że istotnie w razie stwierdzenia prątków czerwonkowych u zdrowego osobnika należy obecność prątków tłómaczyć jako zjawisko roznosicielstwa, a nie jako wyraz rozpowszechnienia (ubiquitas) prątków, tego dowodem jest też i serya naszych badań (l. c.), w której na 129 próbek treści jelita grubego, pobranych na sekcyi osób zmarłych na inne choroby, tylko raz jeden wykryto prątka Y, a był to właśnie przypadek, w którym zmiany sekcyjne przemawiały za przewlekłą czerwonką.

Wobec małej średnio ilości prątków czerwonkowych w stolcach roznosicieli, Kruse (l. c.) niebezpieczeństwa z ich strony dla otoczenia nie ceni zbyt wysoko, wskazując na przewagę niebezpieczeństwa ze strony przypadków ostrych i nawrotów. Stanowisko to może być słuszne co do czerwonki, występującej wśród ludności wolnej. Lecz w czerwonce w zakładach, więzieniach, a przedewszystkiem w zakładach dla umysłowo chorych, gdzie styczność jest nader łatwa i częsta, przestrzeganie zaś czystości ze strony mieszkańców zgoła niedostateczne, roznosiciele, zdaniem naszem, są głównemi ogniwami, łączącemi poszczególne epidemie w nieskończoność endemii. (Na dowód tego możnaby przytoczyć bardzo pouczające spostrzeżenia, dotyczące czerwonki w zakładzie Kulparkowskim). Toteż odosobnienie ozdrowieńców przez możliwie długi czas w zakładach takich należy uważać za jeden z najważniejszych czynników stłumienia wzgl. ograniczenia epidemii. Co się tyczy epidemii wojskowych, to słusznem wydaje mi się stanowisko Simona (l. c.), według którego zbytecznem byłoby w warunkach prawidłowych i przy dobrej zresztą higienie koszar, odosabniać każdego roznosiciela, natomiast nienależy takich żołnierzy brać na manewry, ani przydzielać im pracy w kuchni.

(Dokończenie nastąpi).

47) Wedł. Krusego, Klin. Jahrb. 19. 1908.
48) Dzienn. I. Zj. intern. polskich 1909.
49) Kolle-Wasserm. II. Ergänzsbd.
50) Ctblt. f. Bakt. Or. 56. 1910.
51) Według Krusego l. c.

Oceny i sprawozdania.

Odporność. Uodpornienie. Nadwrażliwość.

Referat, odczytany w Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem dnia 4. maja 1911 r.

Napisał

Dr B. Dziemski,

Ordynator Szpitala św. Wincentego w Lublinie.

(Dokończenie).

Nierównie większe praktyczne znaczenie posiada uodpornienie swoiste, stosowane przeciw odrębnym chorobom zakaźnym.

Podług Ehrlicha, rozróżniamy dwa główne rodzaje sztucznego swoistego uodpornienia: czynne i bierne.

Pod mianem uodpornienia czynnego rozumiemy szczepienie bakteryi lub wytworów bakteryjnych i następującą wskutek tego produkcyę swoistych ciał obronnych w ustroju zaszczepionego. Po każdem zaszczepieniu następuje odczyn ustroju w postaci wzmożenia czynności komórek i wytwarzania swoistych niweczników. Gdzie niema takiego odczynu, tam niema pewnego skutku szczepienia. Niezjadliwe toksyny nie wywołują żadnych antytoksyn. Zwierzęta zgoła niewrażliwe również nie wytwarzają żadnych antytoksyn.

Ehrlich w swej pracy: »Przyczynek do eksperymentalnej patologii i chemoterapii« (Lipsk 1909), odróżnia w czynnem uodpornieniu 4 możliwości:

1) Receptorów niema zupełnie; zwierzę posiada naturalną odporność, ale tworzenie niweczników jest wykluczone.

2) Receptory są, ale w narządach, które dla ustroju mają podrzędną wartość, lub na które jad nie działa. Uodpornienie jest tu szczególnie łatwe.

3) Receptory są w wielu miejscach, zarówno w narządach wrażliwych na jad, jak niewrażliwych. Istnieje względna odporność. Warunki do wytworzenia niweczników istnieją, lecz uodpornienie nie zawsze jest łatwe i wynik zakażenia zależy od sposobu jego przeniknięcia do ustroju.

4) Siedziba receptorów znajduje się wyłącznie w narządach wrażliwych na jad. Wytwarzanie niweczników jest teoretycznie możliwe, ale praktycznie bardzo trudne do wykonania.

Przy uodpornieniu czynnem ustrój sam musi wytwarzać niweczniki, nim więc nastąpi odporność, zawsze upływa pewien okres, trwający 5 do 10 dni, podczas którego najczęściej wywiązuje się wzmożona wrażliwość, t. zw. faza ujemna.

Odporność wskutek czynnego uodpornienia trwa względnie długo, nieraz wiele miesięcy.

Ciała ochronne mogą we krwi zmniejszyć się znacznie, zwierzę jednak nie traci przytem odporności. Pod wpływem raz przebytego zakażenia ustrój przy następnem zakażeniu oddziaływa o wiele szybciej i po zastosowaniu minimalnej dawki materyału zakaźnego wytwarza swoiste ciała obronne w nadmiarze. Stwierdza to następujące doświadczenie Wassermanna i Kollego: Królikom wstrzyki-

wano żywe bakterye durowe i zostawiano je dłuższy czas w spokoju, aż do zupełnego zniknięcia aglutynin. Wtedy zwierzętom tym wstrzykiwano tak małą dawkę hodowli prątków durowych, która u zwierząt prawidłowych, nie poddawanych doświadczeniu, nie wywołuje w surowicy żadnych zmian, i ta minimalna dawka ($^1/_{400}$ pętli platynowej) wywoływała bardzo szybkie i bardzo obfite wytwarzanie się aglutynin. Analogiczne doświadczenie przeprowadził Dungern co do precypityn.

Co do czynnego uodpornienia u ludzi Shiga stwierdził na sobie, co następuje: 0,5 cm szczepionki durowej u ludzi zdrowych, prawidłowych, daje aglutynacyę i w rozcieńczeniu 1:80. Shiga zaś, który przed 12 laty przechodził dur brzuszny, po zaszczepieniu 0,25 cm^3 po upływie 8 dni znalazł u siebie aglutynacyę surowicy w rozcieńczeniu 1:640.

Metoda uodpornienia czynnego bywa stosowana w zakresie dość szerokim w celu wytworzenia w chorym ustroju swoistych ciał ochronnych przeciw zarazkom, które do ustroju już wtargnęły.

Na tej zasadzie polega wakcynoterapia wścieklizny, leczenie chorych na gruźlicę tuberkuliną i wprowadzone przez Wrighta stosowanie szczepionek w zakażeniach gronkowcami i innemi bakteryami.

Czynne uodpornienie stosowane być może zarówno przeciw jadom o charakterze toksycznym, jak przeciw żywym bakteryom.

Przy działaniu toksyn na ustrój zwierzęcy możliwe są trzy następujące wyniki:

1) Zwierzę ginie wskutek zatrucia.

2) Zwierzę staje się na działanie jadu odpornem, t. j. w surowicy danego zwierzęcia powstają ciała, które wiążą toksyny.

3) Zwierzę nie ginie, lecz ulega charłactwu, a w ustroju jego niema żadnych niweczników.

Niekiedy przy czynnem uodpornieniu zwierzęcia zamiast odporności wywiązuje się nadwrażliwość, stan uczulenia, do którego jeszcze wrócimy.

Uodpornienie przeciw bakteryom może być przeprowadzone zapomocą żywych niezmienionych zarazków, dalej zapomocą żywych, ale osłabionych zarazków, wreszcie zabitemi bakteryami lub też podług t. zw. »Simultanmetode«, polegającej na jednoczesnem wstrzyknięciu bakteryi i surowicy ochronnej, t. j. na kombinacyi uodpornienia czynnego i biernego.

Uodpornianie żywymi zarazkami niema szerokiego zastosowania z powodu niebezpieczeństwa zakażenia.

O wiele częstsze praktyczne zastosowanie znajduje uodpornianie bakteryami osłabionemi. Osłabienie bakteryi można osiągnąć działaniem środków chemicznych, hodowaniem przy wyższej lub niższej ciepłocie, przeprowadzeniem przez ustrój zwierzęcy (Tierpassage). Na podstawie przeprowadzania zarazków przez ustrój zwierzęcy polega najlepszy ze wszystkich sposób uodpornienia, mianowicie szczepienie ospy ochronnej.

Na osłabieniu bakteryi wąglika wskutek działania różnych stopni ciepłoty polega przygotowanie szczepionek, których Pasteur używał do szczepienia przeciw wąglikowi. Na suszeniu zarazków i osłabieniu ich jadowitości polega metoda ochronnego szczepienia przeciwko wściekliźnie. U ludzi w ogólności stosuje się czynne uodpornienie zapomocą tylko zabitych bakteryi. Stosując zabite bakterye cholery, duru, dżumy i czerwonki, można uzyskać wysoki stopień czynnej odporności.

Wstrzykiwania toksyn są połączone z tak wielkim wpływem szkodliwym, że próby uodpornienia czynnego przeciw toksynom wogóle nie bywają u ludzi przedsiębrane.

Uodpornienie czynne u zdrowych ludzi stosujemy w celu osiągnięcia odporności trwającej czas dłuższy; nie daje ono bezwzględnej ochrony, tego jednak nie można osiągnąć żadną inną metodą. Stosujemy oprócz ochronnego szczepienia ospy, szczepienie przeciw dżumie, durowi i cholerze. Chociaż uodpornienie czynne przeciw tym chorobom nie ma bezwzględnie ochronnego znaczenia, to jednak stwierdzono pewne zmniejszenie ilości zachorowań zaszczepionych w porównaniu z niezaszczepionymi. Choroba często przebiega łżej, ponieważ u szczepionych bakterye po zetknięciu się z surowicą giną szybciej, niż w tych przypadkach, gdzie szczepienia nie było.

Uodpornienie czynne u ludzi chorych zaczęto stosować (pominąwszy tuberkulinę) dopiero w ostatnich czasach. Uodpornienie tego rodzaju zwią szczepieniem (vaccinatio). Tu, zgodnie ze zdaniem powag współczesnych, należy zaznaczyć, że przy sprawach septycznych jest uodpornienie czynne przeciwwskazane.

We wszystkich bowiem przypadkach, w których ustrój jest zatruty, ciała bakteryobójcze tworzą się w ilości niedostatecznej, a przez szczepionkę dodaje się do istniejącej już ilości jadu nową ilość jego i tym sposobem następuje obostrzenie szkodliwego działania bakteryi.

Wskazane bywa uodpornienie czynne z celem leczniczym przy ograniczonych sprawach chorobowych, w których właśnie z przyczyny lokalizacyi wytworzenie niweczników jest niedostateczne, (dzieje się to często w tkankach źle unaczynionych, co utrudnia rozszerzenie się ciał trujących z ogniska choroby po całym ustroju), ponieważ w tych warunkach brak do wytworzenia się niweczników niezbędnego bodźca, t. zw. »ictus immunisatorius«. Wchodzą tu w rachubę: czyraczność (furunculosis), zapalenia pęcherza, trądzik (acne), grzybice skórne, wiewiór, róża, umiejscowione ropienia różnego rodzaju, wywołane różnemi bakteryami.

Leczenie należy oczywiście prowadzić temi bakteryami, które są przyczyną danego cierpienia.

Odróżniamy szczepionki gotowe, znajdujące się w handlu, od szczepionek przyrządzanych z bakteryi, wyhodowanych z chorego ogniska danego chorego (autovaccina).

Przyrządzanie takich autowakcyn polega na: 1) otrzymaniu czystej hodowli, 2) przyrządzeniu zawiesiny bakteryi w fizyologicznym rozczynie soli z dodatkiem $^1/_4$ $^0/_0$ lizolu, 3) zabiciu bakteryi ogrzewaniem w ciągu godziny przy 60°, 4) sprawdzeniu posiewami, czy bakterye zostały zabite. 5) Dla utworzenia zawiesiny wstrząsa się bakterye w powyższym płynie w ciągu 15—60 minut w naczyniu z 2—3 perełkami w przyrządzie do wstrząsania. 6) Ilość bakteryi w danej szczepionce oblicza się zapomocą posiewów na płytkach, lub sposobem Wrighta, który zawiesinę bakteryi miesza z równą ilością krwi w specyalnej pipecie; ilość bakteryi oblicza się podług ilości erytrocytów w 1 mgr wziętej krwi.

Przechodzimy do biernego szczepienia ochronnego. Mianem »uodpornienie bierne« określamy szczepienie zapomocą surowicy krwi zwierzęcia, które przedtem zostało uodpornione czynnie. Ochrona następuje natychmiast po wstrzyknięciu, ponieważ ciała ochronne wprowadza się w formie gotowej; jako przykład może służyć surowica przeciwbłonicza.

Podług Ehrlicha, seroterapia antytoksyczna jest najidealniejszą formą leczenia wogóle, ponieważ jest etyologiczna w najściślejszem tego słowa znaczeniu i ponieważ ochronne substancye surowicy kieruje wyłącznie ku zwalczeniu wroga bez zadrażnienia innych tkanek i narządów.

Surowice antytoksyczne mają jednak pewne strony ujemne; przedewszystkiem nie jest rzeczą możliwą wstrzykiwać same tylko nieszkodliwe substancye ochronne surowicy; wstrzykuje się je razem ze składnikami obcymi, z białkiem innego ustroju, które wywołuje, jak wiadomo, objawy bardzo podejrzanej natury. Powtóre przez uodpornienie bierne otrzymujemy odporność, trwającą krótko. Ciała ochronne, pochodzące z innego zwierzęcia, zostają po upływie bardzo krótkiego czasu (10—15 dni) wydalone z ustroju. Przy stosowaniu surowicy swoistej przeciwbłoniczej i tężcowej, bakterye nie ulegają zniszczeniu przez

antytoksyny, lecz tylko jad przez nie wydzielany zostaje związany przez ruchome chwytniki i wskutek tego zobojętniony, t. j. powstrzymuje się łączenie jadu z chwytnikami ważnych dla życia narządów.

Seroterapia, polegająca na wstrzykiwaniu antytoksyn, powinna w każdym przypadku prowadzić do wstrzyknięcia odpowiedniej ilości antytoksyn. Przy tężcu seroterapia niestety bardzo często nie sprowadza wyleczenia. Zależy to od tego, iż antytoksyny mogą wiązać tylko wolne toksyny i nie jest możliwem rozerwać połączeń komórkowych chwytników z toksynami.

Dlatego seroterapia antytoksyczna powinna być stosowana jaknajwcześniej. Na tej zasadzie opierają się nowe metody stosowania surowic nie podskórnie, ale śródżylnie lub w mięśnie, aby przyspieszyć wessanie antytoksyn. Teoretycznie jest rzeczą możliwą, że przy bardzo znacznym nadmiarze antytoksyn pewna część toksyn, związana z komórkami, może oderwać się od nich. Na tej podstawie polegają nowe metody kliniczne stosowania kolosalnych dawek 30—60.000 jednostek ochronnych, w przypadkach bardzo ciężkich, beznadziejnych.

Przy uodpornieniu spotykamy się dość często ze stanem uczulenia, czyli nadwrażliwości (anaphylaxia). Uczulenie polega na tem, że ustrój, na który już raz podziałano pewnym bodźcem, oddziaływa silniej, niż ustrój inny tego samego gatunku, na który tem samem podrażnieniem podziałano po raz pierwszy. Pierwszy Behring (1893) zwrócił uwagę na uczulenie względem toksyn u koni wysoko uodpornionych przeciw błonicy i tężcowi. U koni tych, pomimo wielkiej ilości antytoksyn we krwi, następowało nagłe zatrucie po stosunkowo małej dawce toksyn.

Stan nadwrażliwości nigdy nie przypada bezpośrednio po pierwszem wstrzyknięciu; zwykle upływa pewien okres utajenia.

Najwybitniejszą nadwrażliwość (podług Pirqueta i Schicka) można wywołać, stosując śródżylnie ponowne wstrzyknięcie nieznacznej ilości surowicy w 14—21 dni po wstrzyknięciu śródotrzewnem. Taka nadwrażliwość surowicza jest swoistą i zwierzęta, którym wstrzyknięto surowicę końską, są uczulone wyłącznie względem surowicy końskiej. Nadwrażliwość może być wywołana każdem obcem białkiem, n. p. mlekiem, ciałkami krwi, białkiem z jaja, białkiem roślinnem i t. p. Szczególnie wyraźnie występuje to zjawisko u świnek morskich, którym w celu określenia siły surowicy przeciwbłoniczej wstrzyknięto mieszaninę jadu błoniczego i niewielką ilość surowicy przeciwbłoniczej końskiej (Theobald, Smidt, Otto); jeżeli tym zwierzętom po upływie 14 dni wstrzyknąć niewielką ilość prawidłowej końskiej surowicy, giną one szybko wśród kurczów i duszności.

Obraz wstrząsu przy uczuleniu polega na silnem zmniejszeniu ciśnienia krwi, rozdęciu płuc, opóźnieniu krzepnięcia krwi, leukopenii, jak również na bardzo szybko zwiększającym się spadku ciepłoty ciała (5—6° C podług Pfeiffera).

Wejchert w 1901 r. wykrył jad anafilaktyczny, łącząc białko z łożysk z odnośną swoistą surowicą. Syncytyotoksyna ta okazała się dla zwierząt bardzo trującą.

Objawy rzucawki mogłyby być uważane za objawy nadwrażliwości. Prawdopodobnie często spostrzegane idyosynkrazye ludzi wobec niektórych pokarmów, jak poziomki, raki i t. d., zależą od wrodzonej albo nabytej nadwrażliwości, mianowicie od obecności niweczników, które szkodliwe dla danego osobnika białko rozszczepiają i wytwarzają substancye trujące.

Odczyn anafilaktyczny zastosowano do celów rozpoznawczych, do badania białka (krew, mięso) i t. d.

Bakteryjna nadwrażliwość jest ściśle swoistą. Świnki morskie, którym stosowano wyciągi durowe, oddziałują wyłącznie na ponowne wstrzyknięcie wyciągu durowego, nie oddziałują na przecinkowce cholery, na bakterye paratyfusu i t. p.

Przy stosowaniu surowic leczniczych (otrzymywanych z koni) spostrzegano jako uboczne działanie surowicy różnego rodzaju objawy chorobowe, jak: pokrzywkę, obrzęki, bóle w stawach, powiększenie gruczołów chłonnych; objawom tym towarzyszy prawie zawsze gorączka.

Zbiór powyższych objawów, nazwany (przez Pirqueta i Schicka) chorobą posurowiczą, występuje po pierwszem wstrzyknięciu, po 8—10 dniach utajenia. Po paru dniach wszystkie objawy znikają. Choroba posurowicza nie zależy od ciał ochronnych, zawartych w surowicy, lecz od obcego białka. Po następnych wstrzyknięciach surowicy objawy najczęściej występują prędzej — prawie bez okresu utajenia, są silniejsze, zwłaszcza wtedy, jeżeli pomiędzy pierwszem a drugiem wstrzyknięciem upłynął pewien czas. Podług Pirqueta stan uczulenia przypada 10. dnia po pierwszem wstrzyknięciu i dosięga szczytu pomiędzy 3—6. tygodniem. Niekiedy niezwłocznie po wstrzyknięciu może nastąpić groźny zapad. Przy powtórnem wstrzyknięciu okres utajenia bywa krótszy, ponieważ wytwarzanie niweczników odbywa się szybciej. U ludzi spostrzegano rzadko ciężkie przypadki nadwrażliwości, nawet przy wstrzyknięciach śródżylnych, może dlatego, iż wstrzykiwania następują w krótkich odstępach czasu jedno po drugiem, przerwa nie dorównywa okresowi utajenia (10 dni), nadto człowiek w stosunku do swej wagi otrzymuje niewielką ilość surowicy (człowiek ważący 70 kilgr. mógłby znieść około 450 cm. surowicy wstrzykniętej jednorazowo, skoro świnka morska ważąca 300 gr. znosi 2 cm surowicy wstrzykniętej śródotrzewnie).

Próby uczynienia surowicy nieszkodliwą dotąd nie powiodły się. Surowica starsza jest bezpieczniejsza od świeżej; w handlu mamy surowicę paromiesięczną. O ile zachodzi potrzeba powtórnego wstrzyknięcia surowicy po pewnym dłuższym odstępie czasu, powinno się używać surowicy wysokowartościowej, zawierającej małą ilość obcego białka, a wstrzyknięcia należy robić wyłącznie podskórnie.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Pentimalli. **O zmianach mechanizmu oddechowego w przebiegu zatoru tętnicy płucnej.** (Riforma medica Nr. 19. 1912). P. wywołał u zwierząt zator tętnicy płucnej, wstrzykując do żyły usznej lub udowej oliwę albo powietrze, przyczem u niektórych zwierząt wystarczała już niewielka ilość oliwy lub powietrza do wywołania znacznych zmian oddechowych natomiast u innych trzeba było znacznie większych ilości. Krzywą oddechu uzyskiwał P. u królików zapomocą maseczki oddechowej z metalu, połączonej z bębenkiem Mareya, u psów zaś posługiwał się zastawkami oddechowemi Zuntza. Nadto używał spirometru Verdina, co wszystko pozwalało mu oznaczać częstość, rytm, siłę, typ i pojemność oddechową. Doświadczenia swe podzielił P. na 2 grupy; w pierwszej pozostawiał nietknięte nerwy błędne, w drugiej przecinał je. Z doświadczeń pierwszej grupy wynikło, że objawy, powstające przy wywołaniu zatoru powietrznego lub tłuszczowego w zakresie tętnicy płucnej, zależą przedewszystkiem od ilości zatkanych rozgałęzień tętnicy płucnej. Przy nieznacznem zatkaniu zwiększała się częstość i siła oddechu, zmniejszała się natomiast ilość powietrza oddechowego. Przy rozleglejszem zatkaniu dołącza się przedłużenie wdechu, lub też obu okresów oddechowych. Zwiększenie już istniejącego zatoru przez powtórne wprowadzenie do żyły oliwy lub powietrza, wywołuje silną duszność i bardzo wybitne zaburzenia w rytmie, poczem dołącza się okres zwolnienia oddechu, wreszcie

oddech całkiem się zatrzymuje; nakoniec oddechy końcowe w różnej ilości. Podczas zatrzymania oddechu i oddechów końcowych serce ciągle biło. Jeżeli ilość oliwy lub powietrza jest bardzo wielka, powstają zaraz drgawki ogólne, nasilone wdechy, następnie zatrzymanie czynności oddechowej o zmiennej długości, wreszcie oddechy końcowe, przyczem czynność serca ciągle się utrzymywała. Wszystkie te objawy, nie będące niczem innem, jak objawami asfiksyi, można wywołać także w inny sposób, n. p. przez zaciśnięcie tchawicy. Zależą one nietylko od upośledzenia krążenia płucnego, ale także od zmniejszenia się wentylacyi płucnej, co wyniku z pomiarów spirometrycznych, a ma źródło w tem, że wskutek nagłej przeszkody w krążeniu wytwarza się przesięk w pęcherzykach płucnych, stwierdzony anatomicznie. Doświadczenia te stwierdzają również, że przyczyną śmierci zwierzęcia przy zatorze tętnicy płucnej jest uduszenie, bo czynność serca trwała jeszcze po zupełnem ustaniu oddechów. Druga grupa obejmowała doświadczenia, gdzie w podobny sposób wywoływał P. zator tętnicy płucnej, a nadto przecinał nerwy błędne osobno, lub równocześnie. Otóż przecięcie nerwów błędnych ma różny skutek, zależnie od okresu, w jakim się go dokona, a następnie zależnie od tego, czy się przecina jeden nerw, czy oba. Przecięcie jednego nerwu pogłębiało oddechy, a czasem je przyspieszało, po przecięciu obu nerwów stają się oddechy głębsze i rzadsze, jeżeli nie dokona się go przy bardzo silnej duszności, następuje prawie natychmiastowe wstrzymanie oddechu. Przecięcie tedy nerwów błędnych pogarsza widocznie warunki, co zresztą dzieje się i przy zwykłej asfiksyi; także i na tej podstawie twierdzi P., że wszelkie zaburzenia oddechowe w przebiegu zatoru tętnicy płucnej należy uważać za objawy asfiktyczne, a nie za objawy zaburzenia w krążeniu. Dr T. T.

Nicolle, Conseil i Conor. **Dur osutkowy.** (Annal. de l'Inst. Pasteur 1912. N. 4 i 5.). Wytrwale prowadzonemi badaniami zdaje się Nicolle coraz bardziej zbliżać do odkrycia nieznanego dotąd zarazka duru osutkowego. Cały szereg dawniejszych prac doświadczalnych Nicollea, w których posługiwał się on małpami, doprowadził go do ważnych wniosków co do sztucznego zakażenia zwierząt i odporności na tę chorobę. Obecnie powiodło się mu stwierdzić, że wrażliwe na zakażenie durem osutkowym są także świnki morskie, co znacznie ułatwia dalsze badania tej sprawy. Zakażenie następuje u świnek morskich po wstrzyknięciu śródotrzewnem 2—4 cm^3 krwi chorych na dur osutkowy ludzi i małp. Okres wylęgania się choroby trwa u świnek morskich 7—16 dni. Zakażenie daje się przenieść ze świnek na świnki. Odwirowane i przemyte ciałka białe wywołują zakażenie tak samo jak cała krew, natomiast ciałka czerwone i pozbawiona ciałek białych surowica zakażenia nie przenoszą. Stąd wniosek, że nie znany jeszcze dotąd zarazek duru osutkowego znajduje się we wnętrzu ciałek białych krwi. Zarażenie silnym zarazkiem, o ile je zwierzę przetrzyma, wywołuje szybko odporność trwałą, lekkie zakażenia nie wytwarzają odporności. Próby leczenia zakażenia doświadczalnego salwarsanem i adrenaliną były bezskuteczne. Z.

Medycyna wewnętrzna.

Perin. **O niektórych objawach, uchodzących za znamienne w chorobach zakaźnych.** (Paris médical, 1912, Nr 40). Autor omawia cztery objawy, uchodzące za znamienne. I tak: 1) Objaw opisany w r. 1898 przez Meyera, znamionujący płonicę, polega na uczuciu trętwienia rąk, mrowienia i kłucia na dłoniach i pojawiać się ma u 79% dorosłych, dotkniętych płonicą, podczas występowania osutki. Według spostrzeżeń Perrina znaczna większość chorych na płonicę nie miewa tych dolegliwości. Mogą one być wyrazem zadrażnienia włókien nerwowych przez czynnik zakaźny. Autor spostrzegał je w grypie i rumieniu toksycznym przy zatruciu rtęcią. Atoli spostrzedz je można najczęściej w cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego. W płonicy nie stanowią one objawu stałego, ani znamiennego. 2) W r. 1911 Pastia z Bukaresztu zwrócił uwagę na specyalną wysypkę płoniczą w okolicy przegubu łokciowego, która występuje w postaci linii, odpowiadającej fałdowi w przegubie łokciowym. Jeżeli skóra tworzy więcej fałdów to w przegubach mogą powstawać 2, 3 i 4 linie wysypek. Wysypki te linijne mają znacznie większe natężenie, niż reszta płoniczej wysypki skórnej. Pastia znalazł tę wysypkę w 94% przypadków płonicy, a nie napotkał jej nigdy przy odrze, ani przy wysypkach toksycznych. Według spostrzeżeń Perrina objawu tego brak w przypadkach lekkich, rozpoznawczo najtrudniejszych. Natomiast pojawia się on we wszystkich rumieniach skórnych, i to tem wybitniej, im bardziej rumień podobny jest do płonicy. W przypadkach zatem, gdzie zachodzą trudności rozpoznawcze, objaw ten zupełnie niema wartości. 3) Objaw, który Filatow podkreśla, jako znamienny dla płonicy, polega na kontraście, jaki zachodzi między bladością warg i bródki z jednej strony, a znacznem zaczerwienieniem policzków z drugiej. Według Perrina objaw ten nie jest wcale znamiennym dla płonicy i pojawić się może wybitnie przy zapaleniu płuc, grypie, odrze, zapaleniu gardła i zaburzeniach trawienia, połączonych z gorączką. 4) Objaw Koplika, uchodzący powszechnie za znamienny dla odry, polega na tem, że na trzy dni przed pojawieniem się wysypki odrowej występują na wewnętrznej powierzchni warg i policzków drobne punkciki białe, niebieskawe, sterczące nad powierzchnię i otoczone czerwonawym rąbkiem. Według Perrina objawu tego może zupełnie brakować w odrze. Nadto może się on pojawić w całym szeregu chorób zakaźnych jak: w grypie, zaburzeniach żołądkowych, zapaleniach gardła, w »czwartej chorobie« Dukesa-Filatowa, przy zapaleniu gruczołu przyusznego, w błonicy, wietrznej ospie, krztuścu i różyczce. Objaw Koplika zdarza się, według Perrina, częściej przy odrze, niż przy innych stanach zakaźnych, ale nie jest dla odry znamiennym. Jest on wyrazem zapalenia jamy ustnej, z punkcikowatymi złogami przybłonka. Dr M. Blassberg.

Lian. **O tak zwanem fizyologicznem tętnieniu żył szyjnych.** (Presse médicale. 1912. Nr 68). Do graficznego badania tętnienia żył szyjnych najbardziej używane są przyrządy Mackenziego i Potainea, z których drugi uważa autor za najprostszy i najpraktyczniejszy. Równocześnie należy zapisywać krzywe uderzeń końca serca lub na tętnicy, do czego najlepiej służy kardyograf Mareya.

Tętno żylne przedstawia się graficznie jako fala o trzech wzniesieniach i dwóch zagłębieniach. Pierwsze wzniesienie (*a*) odpowiada skurczowi przedsionka i tłómaczy się zwolnieniem krwi żylnej. Drugie wzniesienie (*s*) tworzy się przy rozpoczęciu skurczu komory. Co do jego powstania zdania są rozbieżne. Zdaniem jednych autorów zależy ono od tętnienia sąsiedniej tętnicy szyjnej, podług innych zaś zależy ono od chwilowego wzmożenia parcia, powstającego w przedsionku przy zamykaniu się zastawek przedsionkowo-komorowych. Za tem ostatniem zapatrywaniem przemawiają także badania autora. Między wzniesieniem *(s)* a następnem wzniesieniem *(v)* powstaje pierwsze zagłębienie *(x)*, które jest wywołane przez rozkurcz przedsionka. Trzecie wzniesienie *(v)* pojawia się na granicy końca skurczu i początku rozkurczu. Ma ono kształt zmienny, niekiedy bywa rozwidlone i niezawsze pojawia się w tymsamym momencie skurczów sercowych, ale według Liana bywa ono zawsze przedrozkurczowe. Zależy ono od wzmożonego parcia przedsionkowego przy wznoszeniu się zastawek przedsionkowo-komorowych, albo też może być wywołane przez wsteczną falę, powstającą przy zamknięciu zastawek półksiężycowatych. W przypadkach, w których to wzniesienie jest zależne równocześnie od skurczu i rozkurczu, bywa ono rozwidlone. Po tem wzniesieniu *(v)* powstaje drugie zagłębienie *(y)*, które jest wynikiem wypróżniania się przedsionków przy rozkurczu komory. Przy szybkiej akcyi serca zagłębienie (*y*)

maleje, a nawet wzniesienie *(v)* może się zlać zupełnie z wzniesieniem *(a)*. Przeciwnie zaś przy powolnej akcyi serca zagłębienie *(y)* może się mniej lub więcej wybitnie zaysować i między niem a wzniesieniem *(a)* może powstać fala *(w)*. Okres między wzniesieniem pierwszem *(a)* a drugiem *(s)* wynosi u zdrowego osobnika $^1/_5$ sekundy.

Gołem okiem dostrzegamy na żyle szyjnej, przy odpowiedniem ułożeniu chorego, dwa wzniesienia, z których jedno odpowiada wzniesieniu $a + s$, a drugie wzniesieniu *v*. W stanie prawidłowym rzadko uwydatniają się dla gołego oka wszystkie trzy wzniesienia, które jednak przy zwolnieniu akcyi serca bywają widoczne. Dr M. Blassberg.

Camus i Baufle. **Napady żołądkowe (crises gastriques) i pasy (zona).** (Paris médical, 1912. Nr 28). Autorowie zwracają uwagę na to, że napady żołądkowe i objawy pasowe, które zazwyczaj towarzyszą wiądowi rdzenia, mogą się także zdarzać w przypadkach schorzenia oponowo-korzonkowego tylnego. Szczegółowa obserwacya jednego przypadku, przytoczonego przez autorów, dowodzi tego bardzo dobitnie. Przedewszystkiem stwierdzono typowe napady żołądkowe, pojawiające się okresowo z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego bez żadnych objawów zwężenia odźwiernika. Również nie stwierdzono objawów wiądu rdzenia. Natomiast płyn mózgowo-rdzeniowy okazywał stale limfocytozę, co dowodziło podrażnienia oponowo-korzonkowego. Związek z cierpieniem żołądkowem tłumaczą autorowie przez związek rogów tylnych ze zwojem trzewnym za pośrednictwem nerwów trzewnych. Leczenie powyżej wspomnianego chorego, skierowane przeciw nieprawidłowości wydzielania żołądkowego, było bezskuteczne, natomiast nakłucie lędźwiowe i wstrzyknięcie słabego roztworu nowokainy do kanału kręgowego usuwało na dłuższy czas dolegliwości. Dr Blassberg.

Dopter. **Dyagnostyka bakteryologiczna nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (Paris médical, 1912, Nr 35). Po wypuszczeniu płynu mózgowo rdzeniowego zapomocą nakłucia lędźwiowego bada się naprzód dla ogólnej oryentacyi preparaty, barwione karbolowym roztworem tioniny i metodą Grama. Prócz dwoinek Gramo-odpornych, znajdujemy w okresie początkowym i końcowym limfocytozę, a na szczycie schorzenia ciałka wielojądrzaste, zwyrodniałe. Oprócz tego staramy się uzyskać czyste hodowle meningokoków przez zasianie na żelatynę z dodatkiem krwi i płynu wysiękowego. W ten sposób udaje się je odróżnić od kolonii »diplococcus crassus« (pseudomeningococcus Jaegeri), barwiącego się sposobem Grama. Następnie przeszczepia się hodowle na pożywki z odpowiednim dodatkiem lewulozy, maltozy i glukozy, celem stwierdzenia rodzaju mikrobów: Meningokoki wywołują fermentacyę glukozy i maltozy, a na lewulozę nie wywierają wpływu. Biała barwa hodowli i powyżej wspomniana własność fermentacyjna umożliwia różniczkowe rozpoznanie meningokoków. Ostatecznie stwierdza się ich identyczność zapomocą odczynu aglutynacyjnego, przez dodanie zawiesiny bakteryi do 1% roztworów surowicy końskiej i fizyologicznego roztworu soli. Wówczas dostrzegamy aglutynacyę tylko w rurce z surowicą swoistą, — a brak jej w dwóch innych roztworach. Oprócz tego można wykonać próbę otrzewną, śledząc zachowanie się drobnoustrojów po 20-minutowym pobycie w jamie otrzewnej, u dwu morskich świnek, z których jednej wstrzyknięto na dobę przedtem do jamy otrzewnej $^1/_2$ cm^3 surowicy przeciwmeningokokowej, a drugiej $^1/_2$ cm^3 prawidłowej surowicy końskiej. W płynie otrzewnym świnki, poddanej działaniu surowicy swoistej, drobnoustroje ulegają bakteryolizie. Vincent i Bellot polecają nadto odczyn precypitynowy, przez uzyskiwanie strątów w centryfugowanym płynie mózgowo-rdzeniowym, do którego dodaje się różne roztwory surowicy swoistej. Wyjątkowo zachodzi potrzeba oprócz powyższych metod użyć dla celów rozpoznawczych aglutynacyi surowicy chorego 1:40 lub 1:50 po dodaniu do meningokoków laboratoryjnych, albo też odczynu Bordeta-Gengou z odwróceniem dopełniacza. Dr Blassberg.

Prof. Livierato. **O tętniących wysiękach opłucnych i o oznaczaniu ich tętnienia.** (Riforma medica, 1912, Nr 18). L. przytacza częścią z piśmiennictwa, częścią z własnej obserwacyi, przypadki wysięków opłucnych przeważnie lewostronnych, okazujących wybitne tętnienie odpowiedniej strony klatki piersiowej, mniej, lub więcej rozlane, dające się wykazać wzrokiem, a jeszcze lepiej dotykiem. L. zastanawia się nad mechanizmem tego zjawiska, i to z dwóch punktów widzenia, mianowicie naprzód stara się wykazać właściwą przyczynę tętnienia, a następnie czynniki, które ułatwiają przeniesienie się tętnienia na ścianę klatki piersiowej. Obecnie są 4 teorye, starające się wytłómaczyć ten objaw: 1) Teorya Traubego przyjmuje za warunek tętnienia równoczesną obecność wysięku osierdziowego, co jednak ze względu na to, że większość przypadków przebiega bez tego powikłania, nie może mieć znaczenia ogólnego. 2) Teorya Fereola czyni zawisłem tętnienie od równoczesnej obecności w danej jamie opłucnej guzów, które wskutek swej sprężystości mają przenosić uderzenia serca na ściany klatki piersiowej; z tych powodów, co i pierwsza, ma ta teorya znaczenie tylko w pewnych przypadkach. 3) Teorya Combyego opiera się na danych anatomo-patologicznych; mianowicie płuco, uciśnięte przez płyn, przedstawia zbitą masę, która uderzenia serca przenosi na wysięk, a ten przenosi je na ściany klatki piersiowej; i ta teorya nie może mieć ogólnego znaczenia. 4) Najwięcej ma za sobą teorya Rummo, przyjmująca za właściwą przyczynę tętnienia ścian klatki piersiowej uderzenia serca (origine cordis sistolica), a nadto rozmaite czynniki, ułatwiające przeniesienie się tego ruchu, jakoto obfity wysięk, silnie uciskający płuco i przemieszczający serce, płuco stwardniałe przez ucisk wysięku, grubą, napiętą błonę opłucną, porażenie mięśni międzyżebrowych, przez co ściany jamy opłucnej i serce zbliżają się do siebie. Wogóle większość autorów przyjmuje jako pierwotną przyczynę tętnienia — uderzenia serca, część jednak przypisuje to wstrząsaniu wysięku przez tętno łuku aorty i jej części zstępującej, część zaś obu tym czynnikom. Livierato oznaczał w swych przypadkach graficznie uderzenia serca zapomocą przyrządu Mareya i tętnienie ściany klatki piersiowej przyrządem lejkowatym, ściśle przylegającym do miejsca tętniącego; na krzywych tych stwierdził zupełną równoczesność (izochronizm) uderzenia koniuszkowego i tętna ściany. Na podstawie danych graficznych własnych i obrazów anatomicznych innych autorów dochodzi L. do wniosku, że przyczyną tętnienia ściany klatki piersiowej w przebiegu wolnych wysięków opłucnych jest impuls, idący od serca, że jednak z drugiej strony warunki, ułatwiające to, mogą być w różnych przypadkach różne; że wielka ich część nie jest znana, co wynika już z tego, że tętniące wolne wysięki opłucne są stosunkowo rzadkie, gdy natomiast liczba nie tętniących, mimo pozornie takich samych warunków anatomicznych, jest bardzo wielka. Dr T. T.

Jürgensen. **Modyfikacya dyet, ich forma, przepisywanie i przeprowadzanie.** (Beitr. z. med. Klinik. 1912, Nr 7). Autor, znany na polu dyetetyki, podaje kilka cennych uwag, które zawierają rzeczywiście bardzo zdrowe myśli. Przedewszystkiem żąda, by między lekarzami panowały pewne wspólne zasady przy przepisywaniu dyet (na wzór dyet w szpitalach), choćby dlatego, by jeden lekarz nie był z drugim w sprzeczności, zwłaszcza przy typowych cierpieniach. Zyskiwałoby się także przez to na czasie, zamiast każdemu choremu z osobna tłómaczyć to samo. W niektórych miejscowościach kąpielowych lekarze za wspólnem porozumieniem wprowadzili takie schematy, a nawet karty w restauracyach mają przy potrawach znaki, tłómaczące, czy chory, który ma przepisaną daną dyetę, może tę potrawę spożywać, czy nie. Także niema jeszcze porozumienia co do podziału samych dyet. Jedni dzielą je

według jakości i ilości potraw, inni według chorób lub czynności fizyologicznych. Trzebaby wprowadzić jeszcze większe wyszczególnienia, uwzględniając także pojedyncze składniki potraw i sposób ich przyrządzania. Wielkie zasługi na tem polu położył Jaworski i jego żona. Podział dyet, uwzględniający te wszystkie czynniki, podaje J. w schematach na próbę, zachęcając do dyskusyi na ten temat. A.

Puławski. **Jod i tyreoidyna jako przyczyny powstania choroby Basedowa przy leczeniu wola.** (Med. Klinik, 1912, Nr 20). P. przytacza nowe przykłady z praktyki na dowód słuszności spostrzeżenia Kochera, że czasem przez podawanie jodu nawet u osób niedotkniętych wolem rozwinąć się może choroba Basedowa. Niektóre wole znikają niemal w oczach pod wpływem jodu i wtedy nieraz spostrzegać można objawy jodotyreoidyzmu. Jest to nowy dowód, że choroba Basedowa powstaje na tle schorzenia tarczycy. — Podobnie podawanie przetworów tarczycy wywołać może np. przy wolu typową chorobę Basedowa i z tego powodu przy leczeniu nieoperacyjnem wola jodem lub przetworami gruczołu tarczowego należy chorych cały czas mieć pod okiem. Działanie to nie da się nigdy przewidzieć, ani ocenić, dlatego też lepiej jest chorym doradzać odrazu operacyę. Choroba Basedowa, wywołana sztucznie, przebiega nieraz bardzo ciężko i nie znika po zaprzestaniu podawania jodu. W podobny sposób działają także niekiedy i modne obecnie przetwory jodu, jak jodypina, sajodyna i t. p. K.

Prof. Gaglio. **O połączeniu chininy z etyluretanem w celu podskórnego stosowania chininy.** (Riforma med. 1912, Nr 21). G. opierając się na tem, że znany środek nasenny, etyluretan, bardzo dobrze rozpuszcza chininę, poleca połączenie obu tych środków w celach podskórnego wstrzykiwania chininy. Chcąc zaś przeszkodzić ewentualnemu strącaniu się chininy w tkankach, zwiększył G. pierwotną ilość dodawanego uretanu, tak, że ostateczna forma tego połączenia przedstawia się następująco: chlorhydratu zasadowego chininy 3·00, uretanu etylowego 3·00, wody przekroplonej 5·00. G. przestrzega bardzo przed używaniem w tym samym celu kwaśnego hydratu chininy, który oddziaływa bardzo kwaśno, sprawia ból i nacieki w miejscu wstrzyknięcia, czasem nawet ropnie i bardzo powoli się wchłania. Natomiast połączenie zasadowego chlorhydratu chininy z etyluretanem ma oddziaływanie słabo zasadowe, nie wywołuje żadnych zmian w miejscu wstrzyknięcia i bardzo szybko ulega wessaniu. Dr T. T.

Choroby dziecięce.

Koerber. **O leczeniu płonicy eukalyptusem.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr. 11). Sposób ten podany został przez Milnego, a polega na smarowaniu całego ciała chorego na płonicę czystym olejkiem eukalyptusowym, (w pierwszych 4 dniach choroby dwa razy dziennie, przez następujące 6 dni raz dziennie) i na pędzlowaniu migdałków w 2 pierwszych dniach 10% karbolem; leczenie to ma według Milnego usuwać zaraźliwość i działać leczniczo. Doświadczenia Koerbera, przeprowadzone co do pierwszej rzekomej zalety, dały wynik zupełnie ujemny; co do drugiej, to śmiertelność nie zmniejszyła się, natomiast powikłania występowały rzadziej, a szczególnie częstość zapalenia nerek w przypadkach leczonych eukalyptusem o połowę się zmniejszyła. Dodać jednak należy, że badania prowadzono w ten sposób, iż wszystkich chorych szpitalnych od stycznia do sierpnia leczono w sposób zwyczajny, zaś od sierpnia do marca leczono eukalyptusem. Bujak.

Kretschmer. **O leczeniu eukalyptusem płonicy i odry.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 33). Opisany poprzednio sposób wypróbował autor na blisko 100 przypadkach z wynikiem ujemnym co do obu rzekomych właściwości, Bujak.

Staffeld. **O działaniu »844« (phenyldimethylpyrazolonami domethansulfonsaures Natrium) w gośćcu stawowym.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 33). Obok korzystnego działania wymienionego przetworu (z fabryki Meister Lucius et Brüning w Hoechst n. M.) w gośćcu stawowym, spostrzegał autor dodatni wpływ jego w przypadku zapalenia płuc odoskrzelowego u dziecka $2^1/_2$-letniego, cierpiącego na krzywicę; równocześnie zauważył autor w tym samym przypadku zupełne wyleczenie wyprysku, trwającego od $1^1/_2$ roku. Również w 1 przypadku płonicy u dorosłego wywarł »844« nadzwyczajnie korzystny wpływ. B.

Leube. **O zwalczaniu gruźlicy w wieku dziecięcym.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 31 i 32). Z badań materyału sekcyjnego i z wyników prób tuberkulinowych okazuje się, że w przeważnej liczbie przypadków zakażenie ustroju dziecka gruźlicą następuje od zewnątrz, w życiu pozapłodowem, jakkolwiek nowsze badania wykazały możliwość przechodzenia prątków gruźliczych z matki na płód nawet przy pozornie niezmienionem łożysku. Stąd wynika konieczność chronienia dzieci przed zakażeniem gruźlicą przez zabranianie zawierania małżeństw osobom z otwartą gruźlicą, niedozwalanie karmienia matkom gruźliczym, usuwanie osób gruźliczych z otoczenia dziecka (umieszczanie ich w lecznicach), gdy to zaś nie możliwe, przynajmniej zapobiegać należy zakażeniu przez oddawanie dzieci z rodzin gruźliczych do kolonii leśnych, lecznic nadmorskich, i t. p. Autor radzi powtarzać co pewien czas próbę Pirqueta u dzieci, narażonych na zakażenie, a skoro ta wystąpi dodatnio, przystępować bezzwłocznie do łagodnego leczenia tuberkuliną. Bujak.

A. Epstein. **Przekłuwanie płatka usznego i niebezpieczeństwa tego zabiegu, w szczególności zakażenie gruźlicze kanału przekłucia.** (Zeitschft. f. Kinderheilk. T. IV. Z. 5). W 2 przypadkach spostrzegał autor zakażenie gruźlicze kanału przekłucia płatka usznego. Pierwszy przypadek dotyczył dziecka 9-miesięcznego, u którego wkrótce po przekłuciu płatka usznego wytworzyło się na jednem uchu owrzodzenie, stale powiększające się, otoczone gąbczastą ziarniną; wkrótce powiększyły się znacznie gruczoły przyuszne, które niebawem rozmiękły. Badanie mikroskopowe i doświadczenie na śwince morskiej stwierdziły gruźliczą przyrodę tej sprawy. Gojenie postępowało powoli; w 4. roku życia dziecko zapadło na gruźlicze próchnienie kości stopy. Matka zmarła na gruźlicę płuc w czasie choroby dziecka. W drugim przypadku u 4-miesięcznego dziecka wytworzył się w 2 tygodnie po przekłuciu płatka usznego ropień, który przecięto, rana jednak nie goiła się, lecz pokryła się wiotką ziarniną i strupami. Badanie mikroskopowe skrawków wykazało utkanie gruźlicze. W wieku 3 lat około blizny po przebytem owrzodzeniu wytworzył się toczeń. Bujak.

A. Goldreich. **Przyczynek do klinicznego rozpoznawania kiły wrodzonej ze szczególnem uwzględnieniem gruczołów łokciowych.** (Zeitschft. f. Kinderhkde T. IV. Z. 5). Z zestawienia 130 przypadków pewnej kiły wrodzonej okazuje się, iż cechy kliniczne pozwalają ją rozpoznać bez pomocy, a nawet wbrew ujemnemu wynikowi odczynu Wassermanna. Do cech tych zalicza się bóle głowy, wzmagające się w nocy, na które często uskarżają się starsze dzieci. Wodogłowie miernego stopnia u osesków często pozostaje w związku z kiłą; natomiast wodogłowie większego stopnia (czaszka balonowata) prawie nigdy nie zależy od kiły. Czaszka łódkowata (caput natiforme) przemawia za kiłą tylko wówczas, o ile występuje u osesków w pierwszych miesiącach życia, gdyż w 2—3. roku życia może być następstwem silniej rozwiniętej krzywicy. Czoło olimpijskie (wysokie i szerokie, o silnie wystających guzach czołowych) pojawia się nierzadko już u osesków, a około 14 r. przestaje przedstawiać się typowo. Nos siodełkowaty i przypłaszczenie górnej szczęki, blizny w otoczeniu jamy ustnej, należą do cech, spotykanych częściej. Przeciwnie »trias«

Hutchinsona (zapalenie miąższowe rogówki, półksiężycowate wcięcie górnych środkowych zębów siecznych stałych i głuchota) występuje stosunkowo rzadko, a jeszcze rzadziej przebicie podniebienia twardego. Gruczoły łokciowe powiększone spotykał G. u osesków kiłowych w 90%, u niekiłowych 17%, zaś u dzieci ponad 1 rok życia liczących w 79% u obarczonych kiłą, a w 27% u wolnych od kiły dziedzicznej. U połowy dzieci kiłowych poza 6 r. życia gruczoły łokciowe były niewyczuwalne. Bujak.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 25. czerwca 1912.

1) Wł. Brodowski: **Przypadek niezwykłego powikłania mózgowego w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc.** 18-letni czeladnik murarski, dobrze zbudowany i odżywiony, zgłosił się do szpitala z objawami zapalenia płuc i opłucnej po stronie lewej. Próbne nakłucie wykazało w jamie opłucnej wysięk o charakterze ropnym. Na 9. dzień choroby nastąpił przełom ze spadkiem ciepłoty do 36,6 i liczby tętna do 80. W czasie przełomu zjawiły się objawy mózgowe: utrata przytomności, zaburzenia w oddawaniu moczu i kału, brak oddziaływania źrenic, sztywność karku. 4 dni po przełomie objawy te ustąpiły, natomiast w ciągu najbliższych kilku dni zaczęły występować objawy, świadczące o ogniskowem zajęciu tkanki mózgowej: niemota ruchowa, mimowolne oddawanie moczu i stolca, zniesienie czucia po stronie prawej, niedowład lewego n. twarzowego, wybitny bezład rąk i nóg. Po 2 tygodniach od czasu przełomu objawy mózgowe zaczęły ustępować, a po 8 miesiącach znikł najuporczywiej trwający bezład rąk i nóg. Płyn ropny w jamie opłucnej uległ samorodnemu wessaniu w przeciągu 3 tygodni, zmieniwszy się poprzednio z ropnego na surowiczy. Z punktu widzenia anatomii patologicznej, po uwzględnieniu najnowszych badań, można uważać tę sprawę za ogniskowe zapalenie mózgu o podkładzie toksycznym.

W dyskusyi Kopczyński St. wbrew zdaniu prelegenta sądzi, że było tu raczej t. zw. »encephalitis non purulenta« z naciekiem drobnokomórkowym istoty mózgowej, mającym dążność do rozejścia się i wessania. Przeprowadzanie analogii do ograniczonych porażeń, jakie występują w mocznicy, moczówce cukrowej, nie jest tu uzasadnione. Mówić o wyleczeniu zupełnem w tym przypadku nie można; mowa chorego jest nieco dysartryczna, ciężka, chwilami wybuchowa, chory skarży się, że mu teraz ciężko myśleć. Podobne zapalenia istoty mózgowej stanowią nieraz punkt wyjścia do rozwoju stwardnienia wieloogniskowego, a także nieraz drobna blizna po przebyciu zapalenia mózgu (encephalitis) może być punktem wyścia padaczki. Spora odsetka przypadków padaczki, uważanych za padaczkę samoistną, jak dowiodły badania Redlicha, miała za podstawę drobne zmiany organiczne w mózgu.

Skłodowski wspomina o 2 przypadkach zapalenia płuc z powikłaniem mózgowem. — A. Sokołowski zaznacza, że w przypadku prelegenta wysięk ropny wessał się szybko bez zabiegu chirurgicznego, co potwierdza spostrzeżenie Gerhardta, że wysięki metapneumoniczne wsysają się same lub po jednorazowej aspiracyi. — Jakowski przypomina, że w swej pracy o etyologii zapalenia płuc podał, iż wysięki metapneumoniczne wsysają się same przez się.— Wojciechowski stwierdza, że już Ziemssen w swym podręczniku pisze, iż wysięki metapneumoniczne wsysają się same przez się.

2) Gębarski St.: **Przypadek przewlekłego zapalenia przerostowego wielosurowiczego** (Polyserositis chronica hyperplastica, Pericarditische Pseudolebercirrhose Picka). 44-letni robotnik przybył do szpitala 7. VI. 1911 w stanie ciężkim, skarżąc się na duszność, osłabienie, puchlinę brzucha i obrzęki na kończynach dolnych. Początek choroby przed 5 laty (»pęcznienie brzucha«). Od lipca 1910 r. do przybycia na oddział wypuszczano mu 17 razy płyn z brzucha. Budowa prawidłowa, odżywienie niezłe, stan bezgorączkowy, tętno 120, niemiarowe, nikłe. Brzuch bardzo duży, nogi obrzękłe. Prawa połowa klatki piersiowej nieco zapadnięta z tyłu i z boku, oraz z przodu pod obojczykiem; prawa jama nadobojczykowa więcej uwydatniona, niż lewa. W dolnej połowie prawego płuca stłumienie, drżenie piersiowe, głos i oddech osłabione, nieco rzężeń. W lewem płucu z tyłu stłumienie mniejsze. Na mostku stłumienie, zlewające się ze stłumieniem sercowem, które zaczyna się z góry pod III żebrem, na prawo na linii przymostkowej prawej, na lewo zlewa się ze stłumieniem płucnem i śledzionowem. Uderzenie koniuszkowe niewidoczne i niewyczuwalne. Wątroba duża, twarda, nierówna, bolesna. Po wypuszczeniu z brzucha 8 litrów płynu (c. g. 1010, domieszka włóknika) można było wyczuć ręką w ciągu 2 tygodni szorstki szmer tarcia otrzewnej. Oprócz tego dwukrotnie wypuszczano z prawej jamy opłucnej niewielką ilość płynu (c. g. 1008, 1012). Próba z lewulozą Scheringa wykazała upośledzoną czynność wątroby. 4. VII, chory opuścił szpital z widocznem polepszeniem. Po upływie pół roku (2. I. 1912) ponownie przybył do szpitala. Przez cały ten czas czuł się nieźle, nieco pracował i dopiero przed 3 tygodniami po dość obfitym krwotoku płucnym położył się do łóżka. Stopniowe pogorszenie; w marcu r. b. chory zmarł. Na sekcyi znaleziono: Wszystkie narządy kl. piersiowej i jamy brzusznej zrośnięte w jedną zbitą masę; w jamach surowiczych resztki płynu; błony surowicze przerosłe i zgrubiałe; grubość otoczki wątroby i prawej opłucnej równa się połowie grubości wielkiego palca u ręki; zupełny zrost osierdzia; w prawej połowie osierdzia, przyrośniętego do płuca, blaszka zwapniała zbitości kości; w prawym płacie wątroby w pobliżu pęcherzyka żółciowego ognisko zwapniałe bąblowca, wypełnione błonami.

Podobne spostrzeżenia jedni opisywali jako »Zuckergussleber« Curschmanna; przyczynę jej upatrywano w przewlekłem zapaleniu okołowątrobnem; inni ogłaszali je jako chorobę Picka, której źródło tkwić ma w zapaleniu przewlekłem osierdzia. Powoli jednak autorowie doszli do przekonania, że w spostrzeżeniach, o których mowa, nie jest to główną rzeczą, czy cierpienie zaczyna się od przerostu włóknistego torebki wątroby, czy też od zrostów osierdzia, ale to, że mamy tu do czynienia z przewlekłem zapaleniem włóknistem otrzewnej, osierdzia i obu opłucnych, które często zaczyna się od osierdzia, ale też często i od otrzewnej. Nie zwrócono tylko uwagi, że już w 1872 r. Bamberger opisał to cierpienie, co dopiero przed kilku laty spostrzegł Neusser. Etyologia tej choroby i dziś nie jest znana.

W przypadku prelegenta zasługuje na uwagę, co następuje: 1) Bodaj w żadnym z ogłoszonych przypadków nie doszło do tak znacznego przerostu błon surowiczych; 2) zbyt nizki c. g. płynu z jamy otrzewnej i opłucnej; 3) za pierwotną przyczynę możnaby uważać bąblowca; 4) stwierdzono upośledzoną czynność wątroby, pomimo braku marskości wątroby; 5) brak objawów zrostu osierdzia. Ostatecznie prelegent skłania się do zdania Neussera, że opisane już przez Bambergera zapalenie wielu błon surowiczych trzeba uznać za odrębną postać chorobową i być może, że nizki ciężar gat. wysięków będzie charakterystycznym dla tej choroby. Przypadki wad sercowych i zwłaszcza zrostów osierdzia, opisane przez Picka pod nazwą »pericarditische Pseudolebercirrhose«, trzeba uznać zgodnie z Siegertem, a wbrew Pickowi i Sidlerowi, za stan chorobowy, nie mający żadnego związku z opisywaną tu chorobą.

3) Ciechomski przedstawił rentgenogram żołądka

i wypowiedział kilka uwag **o rozpoznawaniu cierpień żołądka na zasadzie obrazu radyologicznego.** Uwagi te nasunął mu przypadek, operowany w maju r. b. w szpitalu Dz. Jezus, rozpoznany jako zwężenie bliznowate głównie dzięki radyogramowi; tymczasem podczas operacyi ani zwężenia, ani blizny w żołądku nie znaleziono. Na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie i internistów w Wiesbadenie omawiano szczegółowo sprawę radyologii żołądka i kiszek; obok wytrawnych znawców i rzeczników tej sprawy byli i tacy, którzy ostrzegali przed błędnem rozpoznawaniem chorób żołądka na zasadzie badania tylko radyologicznego. Szczególną uwagę zwrócić należy przy badaniu żołądka u neurasteników lub n. p. tabetyków, a więc tam, gdzie ruchy robaczkowe są wzmożone. Skurcze żołądka widzieć można na obrazach radyologicznych zarówno przy istniejącym wrzodzie okrągłym lub bliźnie po nim, jako też zależne tylko od przyczyny nerwowej. W celu odróżnienia charakteru takiego skurczu należy zwrócić uwagę: na objawy kliniczne, na szereg zdjęć radyologicznych w różnych chwilach i stanach, wreszcie na sam obraz radyologiczny; przy skurczu, zależnym od blizny, kontury są więcej ostre, przy skurczu nerwowym więcej zaokrąglone.

W dyskusyi zaznacza L. Kryński, że obraz rentgenologiczny może niewątpliwie dostarczyć nam cennych szczegółów w rozpoznawaniu cierpień narządu trawienia, lecz zawsze będą to tylko uzupełnienia badania klinicznego, które przedewszystkiem musi być podstawą naszych dedukcyi rozpoznawczych. Pamiętając o tem, uniknąć możemy takich omyłek, o których mówił prelegent.

Posiedzenie kliniczne z d. 17. września 1912 r.

1) Borsuk przedstawił chorą **z podwójną pochwą.**

2) Jakimiak przedstawił 2 chorych ze **złamaniem kości goleniowych, leczonych metodą Delbeta.**

3) Kiełkiewicz: **Wynicowanie pęcherza i jego leczenie (wytworzenie nowego pęcherza i cewki).** K. przedstawia 2 chorych, z których jeden przebył szereg operacyi i uwolnił się od przykrego dla siebie i otoczenia kalectwa, drugi jest dopiero po pierwszej operacyi, ma wytworzony pęcherz i cewkę. Następnie opisuje K. wszystkie oznaki, cechujące chorobę, omawia metody operacyjne, mające na celu odprowadzenie moczu do kiszek, a polegające już to na wszczepieniu moczowodów wprost do kiszki grubej, już to na wyłączeniu części grubej kiszki i wszczepieniu do niej moczowodów. Wszystkie te metody zawodzą, ponieważ ujścia moczowodów stykają się bezpośrednio z zakażoną treścią kiszki, a co za tem idzie, chorzy ci są narażeni na niebezpieczeństwo wstępującego zakażenia nerek. W r. 1908 widzimy w tym kierunku postęp. Verhoogen wyłącza całkowicie ślepą kiszkę i zużytkowywa ją jako pęcherz, wyrostek robaczkowy jako cewkę, który to wyrostek wszczepia w skórę; chorzy jednak moczu nie zatrzymują. W r. 1911 Cuneo stwarza metodę, polegającą na wyłączeniu pętli jelita cienkiego, wszczepieniu jej w zwieracz odbytu i następnem wszczepieniu moczowodu w nowoutworzony pęcherz. Metoda ta stwarza warunki, odpowiadające nawet wygórowanym wymaganiom dobrze działającego narządu moczowego, gdyż stwarza aseptyczny zbiornik, zaopatrzony w cewkę i narząd, utrzymujący mocz, w postaci zwieracza odbytu. Prelegent wykonał tę operacyę u 3 chorych. U przedstawionego chorego usunął przedewszystkiem nerkę i moczowód z powodu roponercza, aby uniknąć w przyszłości zakażenia jamy brzusznej. Druga operacya polegała na wyłączeniu pętli jelita cienkiego i wszczepieniu jej w zwieracz odbytu. Operacya ta składa się z 3 części: część kroczowa, laparotomia i znowu cz. kroczowa. Po 8 dniach nowoutworzony pęcherz zatrzymywał 50 cm sz. płynu, po 12 — 120 cm, po 6 tygodniach około 180 cm. Po 6 tygodniach w wyłączonem jelicie nie wykryto fermentów, ilość śluzu wybitnie się zmniejszyła. W 2 miesiące po drugiej operacyi wykonał K. trzecią, polegającą na otwarciu jamy brzusznej, odnalezieniu pośród zrostów nowoutworzonego pęcherza, wyseparowaniu moczowodu lewej nerki i wszczepieniu go do wyłączonego jelita. Powikłania pooperacyjne były dość pokaźne. Chory gorączkował. W okolicy zespolenia moczowodowo-jelitowego utworzył się ropień, następnie puścił szew, powstała przetoka, która zagoiła się w 6 tygodni po operacyi. Nowoutworzony pęcherz można łatwo cystoskopować; pojemność sięga 180 cm. Chory zatrzymuje mocz $1^1/_2$ godziny, oddaje oddzielnie mocz, oddzielnie kał; stan ogólny dobry, łaknienie i sen poprawne. — Metoda ta stosowana być może nietylko w przypadkach wynicowania pęcherza, lecz również po całkowitem usunięciu pęcherza z powodu nowotworów, jako też przy wielkich brakach ściany pęcherza po porodach.

W dyskusyi zaznacza Kryński, że istnieją 2 typy zabiegów operacyjnych: operacye plastyczne, które nawet w razie wyniku dodatniego nie dają możności zatrzymywania moczu, oraz metody odprowadzające, w których pęcherz usuwa się zupełnie, końce zaś moczowodów przeszczepia się do innych narządów. Myśl ta znalazła zastosowanie najdoskonalsze w postępowaniu Maydla, który wycina tylko część trójkąta Lieutauda z otworami moczowodów i część tę wszywa w otwór, zrobiony w ścianie kiszki grubej. Ujemną stronę sposobu Maydla przedstawia niebezpieczeństwo zakażenia moczowodów i nerek od strony odbytnicy: nie zdarza się to jednak zbyt często, jak o tem świadczą pomyślne przypadki Maydla i innych. Jeden z pierwszych przypadków dodatnich operowany był przez Kryńskiego w r. 1895, u chłopca 18-letniego uzyskano wynik doskonały; chorego miał K. w obserwacyi przez 3 lata, stale w równie dobrym stanie. W celu usunięcia niebezpieczeństwa zakażenia nerek podano szereg odmian tej metody. Najnowszą i oryginalnie pomyślaną modyfikacyę przedstawia sposób Cuneo, zastosowany z powodzeniem przez prelegenta. Oczywiście zawcześnie jest wyrokować obecnie o trwałości wyniku. W porównaniu z postępowaniem Maydla sposób Cuneo ma tę wadę, że jest daleko dłuższy, bardziej złożony i o wiele cięższy dla chorego. A priori obawiaćby się można 2 rzeczy: 1) ujemnych następstw wchłaniania moczu przez ścianę jelita cienkiego, którego zdolności chłonne są daleko większe, niż kiszki grubej, 2) osłabienia zwieracza odbytu, pod który wszczepiono brzeg jelita. O słuszności lub płonności tych obaw rozstrzygnie dopiero przyszłość.

4) Dobrowolski Wacław: **Zatory w płucach po operacyi.** W sprawie etyologii pooperacyjnych zakrzepów i zatorów płucnych istnieją 2 główne teorye: mechaniczna i zakaźna. Zwolennicy teoryi mechanicznej zasadniczą przyczynę powstawania zakrzepu, wzgl. zatoru, widzą przedewszystkiem w zwolnieniu obiegu krwi, w zmianach chemicznych w składzie krwi (pochodzenia aseptycznego) i w zmianach w ścianach naczyń (żył). Pooperacyjne zakrzepy zakaźne mogą istnieć przy wyraźnem zakażeniu rany operacyjnej, lecz pod warunkiem jednoczesnych zaburzeń w obiegu krwi, albo też pierwotnie jałowe zakrzepy dopiero wtórnie ulegają zakażeniu. Rzecznicy teoryi zakaźnej za »primum movens« zakrzepu lub zatoru pooperacyjnego uznają jedynie zakażenie, czynniki zaś mechaniczne, wogóle aseptyczne, mogą tutaj grać rolę tylko uboczną. Natomiast istnieje zupełna zgodność co do trudności rozpoznania klinicznego zatoru tętnicy płucnej. Statystyki Ritzmanna i Buscha wykazują, iż zatory głównych gałęzi, a nawet samego pnia tętnicy płucnej bardzo często były poczytywane za ostrą niedomogę mięśnia sercowego. Wobec niezgodności poglądów na etyologię zakrzepu, zapobieganie napotyka na jaskrawą rozbieżność wyrażanych zdań. Teorya zakaźna widzi rozstrzygnięcie sprawy w idealnej aseptyce, według zaś teoryi mechanicznej należy zwalczać zwolnienie obiegu krwi bądź środkami farmaceutycznymi, bądź zapomocą ruchów

biernych, jeśli stan chorego nie pozwala jeszcze na ruchy czynne. W sprawie wczesnego podnoszenia chorych po operacyach zdania są podzielone. Z wytworzonym już zakrzepem postępują różnie: bądź zalecają tylko spokój i kompresy, bądź podwiązują żyłę powyżej skrzepliny, bądź wreszcie otwierają naczynie i skrzeplinę usuwają. Co do leczenia samego zatoru, to przy zatkaniu drobnych oraz średnich rozgałęzień tętnicy płucnej zachowujemy się wyczekująco, stosujemy tlen i leki sercowe. Przy zatkaniu głównych gałęzi tętnicy płucnej, wzgl. samego jej pnia, o ile śmierć nie nastąpiła natychmiastowo, stosuje Körte digalen i morfinę, a o ile to nie skutkuje, radzi operacyę Trendelenburga (arteriotomia pulmonalis), jakkolwiek operacya ta nastręcza nadzwyczajne trudności i brak jej dotychczas ścisłych wskazań; kilkakrotne wykonanie jej na ludziach dało wyniki, nie zachęcające bo 100% śmiertelności. Zatory tłuszczowe i komórkami miąższowemi nie mają większego znaczenia klinicznego, znaczne zaś zatory powietrzne należą do wyjątkowych powikłań operacyjnych.

W dyskusyi zaznacza Kryński, że sprawa powstawania zakrzepów i zatorów przedstawia dużo stron ciemnych zarówno pod względem etyologicznym, jak i klinicznym. Ostatnimi czasy zwrócono uwagą na tę sprawę ze względu na żądania chirurgów co do wczesnego wstawania chorych po operacyach brzusznych, a to w celu zapobieżenia objawom zastoinowym, przedewszystkiem w płucach. Ta droga jednakże nie wiedzie do celu, albowiem zbyt wczesne po operacyi ruchy chorego wywoływać mogą łatwo odrywanie się cząstek skrzepów. Świadczą o tem przypadki nagłej śmierci chorych, którym polecono wstawanie na 4. lub 5. dzień po laparotomii wskutek zatoru tętnic wieńcowych serca. Należy więc pozostać przy dotychczasowem postępowaniu: trzymać chorych po laparotomii w łóżku w ciągu 8—10 dni, natomiast zwracać baczną uwagę na działalność serca i odpowiednią wentylacyę płuc. Co się tyczy podwiązywania pni żylnych, dotkniętych zakrzepem, to obecnie, odkąd władamy w chirurgii techniką szwu naczyniowego, posiadamy zabieg racyonalniejszy: otwarcie światła zajętej żyły i wyjęcie z niej skrzepu z następczem zeszyciem przeciętej ściany. Dotychczas jednak przypadków takich posiadamy zbyt mało, aby można było coś stanowczego o postępowaniu tem powiedzieć.

Fr. Kijewski zwraca uwagę na operacyę Trendelenburga; technika operacyi jest nadzwyczaj trudna, świadczy o pomysłowości i odwadze Trendelenburga, dotąd jednak nie może poszczycić się wynikami pożądanymi. Zabieg ten wykonywano w przypadkach beznadziejnych, chcąc tą drogą ratować życie choremu. — Żurakowski zaznacza, że zatory nie są pochodzenia zakaźnego; gdyby tak było, to w zapaleniu płuc i durze zakrzepy byłyby bardzo częste. — Rzętkowski stwierdza, że po ciężkich operacyach brzusznych istnieją niemal wszystkie warunki, jakie patologia współczesna uważa za niezbędne do powstawania zakrzepu (zmiany w składzie krwi, możliwość zakażenia, zwolnienie biegu krwi żylnej w kończynach dolnych). Chirurg powinien więc o ile możności dbać o szybką regeneracyę krwi, o prawidłowe odżywianie chorych, o krążenie krwi prawidłowe w zakresie żył kończyn dolnych; powinien interesować się nietylko stanem rany, ale zwracać uwagę na stan ogólny chorego. Skutki operacyi Trendelenburga są dotychczas równie opłakane, jak następstwa samego zatoru tętnicy płucnej; to też o zabiegu tym nie można mówić poważnie, omawiając sprawę leczenia zatoru.

Posiedzenie kliniczne z d. 24. września 1912 r.

1) Dębiński: **Parę uwag z powodu stosowania odmy sztucznej u chorych gruźliczych.** D. używa przyrządu Forlaniniego-Saugmana i igły Saugmana. Zakłada odmę metodą nakłucia, którą uważa za prostą i pewną. Zabieg jest wskazany w przypadkach rozległego schorzenia jednego płuca z niewielkiem, nie przekraczającem $^1/_3$ całości zajęciem drugiego. Szczególnie nadają się chorzy z niezbyt ciężkim stanem ogólnym. Z przeciwwskazań pozostaje jedno: całkowite zrośnięcie blaszek opłucnej; częściowe zrosty pozwalają na założenie odmy częściowej, która może wpłynąć dodatnio na przebieg choroby. Powikłania, jak gruźlica krtani lub jelit, nie są przeciwwskazaniem bezwzględnem. Z powikłań jakie mogą się zdarzyć podczas wykonywania zabiegu, D. wymienia: odmę podskórną (jedyne powikłanie, jakie widział), śródpiersiową, zator gazowy (którego zdaniem D.. uniknąć można, ściśle zachowując wymagania techniki) i objawy odruchowe ze strony opłucnej (eclampsia pleur.). Z 7 przypadków D., w jednym należało przerwać zabieg po 3 insuflacyach z powodu wystąpienia nowych ognisk w płucu zdrowszem; u 4 chorych odma nie jest jeszcze założona całkowicie. D. przedstawia 2 chore: u jednej płuco zostało uciśnięte całkowicie i równolegle do tego nastąpiła ogólna poprawa po miesięcznem leczeniu; u drugiej zaś płuco wskutek zrostów jest uciśnięte tylko częściowo, pomimo to poprawa jest widoczna.

W dyskusyi zaznacza T. Borzęcki, że kiedy przed $1^1/_2$ rokiem wygłosił w Tow. lek. war. odczyt o leczeniu gruźlicy płuc zapomocą sztucznej odmy i przedstawił chorego po 4 miesiącach leczenia (p. Medycyna 1911 r.), stosowanie tego zabiegu było u nas zaledwie w początkach. Obecnie szereg kolegów zainteresował się tą metodą leczniczą, a także i sami chorzy, słysząc o wynikach tego leczenia na Zachodzie, domagają się od naszych lekarzy stosowania omawianego zabiegu. Należy więc zastanowić się poważnie nad tą metodą, która w istocie zyskała dość szerokie zastosowanie zagranicą, zwłaszcza w sanatoryach. Na mocy swego osobistego doświadczenia, zdobytego w Warszawie oraz podczas pobytu w Pawii (Forlanini), Hamburgu (Brauer) i sanatoryum Vejlefjord (Saugman) w Danii, Borzęcki wypowiada kilka uwag. Wskazania do zabiegu obecnie rzeczywiście rozszerzyły się znacznie. Gdy dawniej żądano, aby drugie płuco było zdrowe, a raczej nie dawało objawów patologicznych, dzisiaj lekkie, niezbyt rozległe zajęcie drugiego płuca nie jest przeciwwskazaniem; owszem spostrzegano nawet ustępowanie tych zmian po pomyślnem dokonaniu odmy na stronie przeciwległej. Istnieje również dążenie do dokonywania zabiegu we wcześniejszych okresach choroby, nie czekając zbytniego wycieńczenia i ogólnej intoksykacyi. Jeśli sprawa nie ustępuje po leczeniu klimatycznem lub innem, przeciwnie ma dążność do dalszego rozwoju, wolno i należy spróbować leczenia odmą sztuczną. Wyniki, jakie B. widział, są niekiedy zdumiewające. Zastrzedz się jednak należy, że sam zabieg, a zwłaszcza pierwsze nakłucia, dokonywane bądźto z nacięciem skóry, metodą Brauera, bądź też metodą Forlaniniego, są operacyą poważną, pomimo swej pozornej prostoty; w przebiegu operacyi mogą się wydarzyć ciężkie powikłania, jak głęboka odma podpowięziowa, omdlenie, wreszcie śmierć. Borzęcki przytacza przypadek, którego był świadkiem przed niespełna 3 tygodniami (5 września r. b.) w jednem z większych sanatoryów zagranicznych. Do znanego w piśmiennictwie, jednego z pionierów leczenia sztuczną odmą, przybyła zdaleka 40-kilkoletnia kobieta w celu poddania się właśnie temu zabiegowi. Profesor przy pomocy B. i 2 swych asystentów przystąpił do wykonania operacyi. Po wkłuciu igły chora wyrzekłszy, że jest jej niedobrze, straciła przytomność, której nie odzyskała pomimo 2-godzinnych wszelkich możliwych usiłowań ze strony lekarzy. Sekcya wykazała jako prawdopodobną przyczynę śmierci zator gazowy w naczyniach mózgowych, aczkolwiek przyrząd był zamknięty i gaz do obiegu krwi nie mógł się przedostać. Jest rzeczą możliwą, że powietrze dostało się do zranionej igłą żyły z pęcherzyków płucnych. Przypadek ten wkrótce będzie opisany. Ze względu na możliwość tak poważnych powikłań, B. sądzi, że dokonywanie przynajmniej pierwszych nakłuć powinno się odbywać wyłącznie w szpitalu lub zakładzie, a już co najmniej w obecności drugiego kolegi. B. dziwi się postępowaniu niektórych le-

karzy, którzy nawet pierwsze nakłucie robią w domu chorego sami bez asystencyi drugiego lekarza; postępowanie takie uważa B. co najmniej za lekkomyślne.

A. Sokołowski wyraża zdanie, że zabieg omawiany wogóle ani ciężki, ani przy pewnej wprawie nie trudny do wykonania, może być i u nas stosowany z korzyścią u pewnej kategoryi chorych pod warunkiem, aby stan ogólny chorych nie przedstawiał daleko posuniętego wyniszczenia; takim bowiem chorym sztuczna odma nic nie pomaga, a sama metoda uledz może zdyskredytowaniu. Metoda ta stosowana być może rzadko, jeśli ma przynieść istotną korzyść chorym; stosowanie jej u każdego niemal suchotnika z dalej posuniętą gruźlicą, jak to bywa obecnie w niektórych sanatoryach szwajcarskich i niemieckich, sprawia na S. wrażenie metody bardziej komercyjnej, niż lekarskiej. S. podziela w zupełności zapatrywanie Borzęckiego, aby przynajmniej pierwsze nakłucie wykonywano w szpitalu lub lecznicy. Wreszcie zaznacza, że szerzej stosowana odma sztuczna pozwoli na naszym gruncie ustalić odpowiednie wskazania i wnioski bez potrzeby kierowania chorych za granicę.

2) Trzciński: **Kilka słów w sprawie salwarsanu.** Salwarsan niewątpliwie usuwa przejawy przymiotu, czasami bardzo szybko i efektownie, czasami zaś bardzo słabo lub wcale nie działa. Jest rzeczą wątpliwą, czy przyspiesza inwolucyę objawu pierwotnego i różyczek; widoczniej działa wobec wysypek grudkowych; najefektowniej zaś na zmiany w jamie ustnej podczas wczesnych wysypek, na wrzodziejące wykwity skórne i wrzodziejące postacie przymiotu krtani. Sprawy kostne, nerwowe i zmiany w gałce ocznej są bardzo wobec salwarsanu oporne. Działanie środka trwa nie dłużej nad 2—3 tygodni i dlatego entuzyaści stosują dziś całą seryę wlewań, jako metodę leczniczą. Do ujemnych stron nowego leku należą przedewszystkiem dość liczne przypadki t. zw. salwarsanowej śmierci. (Opis przypadku Marschalki, referowanego na Zjeździe rzymskim; śmierć na 5. dzień po wlaniu 0,53 salwarsanu). Dawka śródżylna salwarsanu 0,6, podana przez Ehrlicha, jako »dosis tolerata«, jest stanowczo za wysoka; jedynie racyonalną i bezpieczną jest dawka 0,3—0,4. Po jednorazowem stosowaniu salwarsanu bez rtęci występują często wczesne i ciężkie neurorecydywy, które nie dowodzą neurotropizmu leku, czego nie udało się ustalić, ale są właściwie następstwem nieleczenia przymiotu. Należałoby więc wlewania powtarzać. To znowu nie jest zalecone, bo wywołuje objawy anafilaktoidalne po 2 lub 3 wlewaniu, objawy nieprzyjemne, często zmuszające do przerwania zabiegu, a czasem nawet kończące się śmiercią, jak w przypadku Gaucher (chory 28 l. umarł po trzeciem wlaniu 0,3 leku). Prócz tego seryowe wlewanie salwarsanu, jako jedyne leczenie przymiotu, nie zabezpiecza chorego od zmian parasyfilitycznych w przyszłości, co jest najważniejszem zadaniem w leczeniu wczesnego przymiotu. Tymczasem 6—8 seryi wcierań szaruchy, wykonanych »lege artis« w pierwszych 2—3 latach trwania choroby, chroni chorego od wiądu i porażenia postępującego. Wreszcie ujemną stroną leku jest ogólny odczyn ustroju, występujący w 2 godziny po wlewaniu; ale odczyn ten po dawkach racyonalnych, t. j. 0,3, jest słaby, a często nie bywa go zupełnie. Po wlewaniu chory powinien resztę dnia stanowczo spędzić w mieszkaniu. A więc salwarsan jest cennem uzupełnieniem arsenału przeciwprzymiotowego, ale nie usuwa rtęci i jodu, jako podstawowych czynników leczenia; działa w niektórych przypadkach bardzo efektownie, ale sam jeden bez rtęci nie wystarcza, a do seryowego wlewania nie może być używany. Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 5. VI. 1912.

Przewodniczący: Kol. Sterling. Sekretarz Sonenberg.

1. Kol. Goldman pokazał 5-letniego chłopca, operowanego z przyczyny **uszkodzenia czaszki i opony twardej.**

Tenże pokazał dwuletnie dziecko po dokonanym przed 2 tygodniami zabiegu operacyjnym z przyczyny **ropnia mózgu.** Ropień był wielkości pomarańczy — ropy było około 100 gramów.

2. Kol. Pański przeczytał rzecz p. t. **Przyczynek do rozpoznania i leczenia ropni mózgowych. Przypadek ropnia w zawoju skroniowym usznego pochodzenia.**

Oto treść odczytu:

Ropnie w mózgu usznego pochodzenia są przeważnie pojedyncze. Niekiedy formuje się jednocześnie kilka ropni, a co trzeba mieć na względzie przy operacyi ropni. Przypadek omawiany należy do tej kategoryi. 32 l. robotnik podczas cierpienia ucha traci przytomność. Badanie wykazuje: opór mięśniowy zwiększony w kończynach strony prawej, ptosis z lewej; aphasia sensoria. Rozpoznanie ropnia w zrazie skroniowym lewym. Operacyę wykonał kol. Goldman. Próbne nakłucie poprzez oponę nie pulsującą, wykazało ropę, którą usunięto; rewizya ścianek ropnia nie wykazała innego ogniska ukrytego. Podczas przebiegu pomyślnego pogorszenie, rozbudzające podejrzenia co do drugiego ropnia. Po zmianie opatrunku i wypuszczeniu ropy wybitna poprawa; tegoż samego dnia (12. po operacyi) nagła śmierć. Sekcya wykazała drugi ropień głęboko w korze tegoż zawoju. Powiększenie kazuistyki przypadków skomplikowanych ułatwi rozpoznanie tychże. Wnioski: Pogorszenie stanu ogólnego obok ponownego wystąpienia objawów powinny czynić niezbędnem dokładne obejrzenie jamy ropnia i okolic mózgu ropień okalających; raptowne polepszenie stanu ogólnego niezawsze jest przejawem pomyślnym; zaburzenia mowy, nie ustępujące po dokonanej operacyi ropnia zawoju skroniowego lewego, nie mogą być wskaźnikiem pozostającej jeszcze ropy w tym zawoju.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Rozenblat, Pieniążek, Helman, Tomaszewski, Goldman i prelegent.

3. Kol. Tomaszewski i Pański pokazali preperat **nowotworu**, usadowionego **w konarze mózgowym.** Przypadek rozpoznany i operowany.

Kol. Pański i Goldman pokazali rozpoznany operowany przypadek **nowotworu móżdżku.**

Kol. Goldman pokazał 2 rentgenogramy.

Sonenberg.

Uwagi językowe.

Otrzymujemy list następujący:

»Ostatnimi czasy nietylko rozpowszechnia, lecz zgoła rozpanosza się w naszych pismach germanizm: »dany« — »z danych« — »w danym przypadku«... etc. — rażący każde po polsku myślące mózgowie. Nawet w wybornej książce kolegi Alf. Sokołowskiego, rozpowszechnionej między uczniami ś. p. Neussera w przekładzie niemieckim, nie brak skutkiem tego ustępów, czyniących niemiłe wrażenie niezręcznego przetłómaczenia tekstu niemieckiego. — Żyjąc tradycyami zasłużonego w słownictwie naszem ś. p. Skobla (ob. broszurę: »O skażeniu języka polskiego«, wydaną w epoce posłowania tegoż profesora w Sejmie galic.), śmiało twierdzić mogę, że germanizm ten byłby się spotkał z energiczną krytyką tego zasłużonego patryoty, tem więcej, że bogactwo naszego języka pozwala z całą łatwością na usunięcie tej kakofonii. Nie roszczę sobie pretensyi, by słowa moje miały taką doniosłość, jaką miałby głos ś. p. prof. Skobla,

nie uwalnia mię to jednak od wypowiedzenia usilnej prośby do Szanownych Kolegów Redaktorów, by na wytępienie owego germanizmu wpływać raczyli.

Dr Stanisław Bulikowski w Wiedniu«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego«, prof. Dr Stanisław Ciechanowski, powrócił po feryach do czynności redakcyjnych.

— Druk »Kalendarza lekarskiego krakowskiego na r. 1913« już się rozpoczął. Redakcya jego (Dr Klęsk, Kraków, Wolska 9) uprasza więc o jaknajrychlejsze nadesłanie reszty poprawek i uzupełnień adresów kolegów i t. p. Kalendarz krakowski, w ostatnich latach bezsprzecznie nie ustępujący wydawnictwom zagranicznym, powinienby je naszym lekarzom zupełnie zastąpić i przypuszczać wolno, że kalendarze obce, nadsyłane nam natrętnie w wielkiej liczbie, mieć będą coraz mniej odbiorców.

— W Krakowie ma być otwarte niebawem miejskie ambulatoryum dentystyczne dla ubogiej dziatwy szkolnej. Uposażenie instrumentaryum i lokalu zawdzięcza ono prof. Łepkowskiemu i firmie Ash. X.

— W sprawie Domu Zdrowia Tow. uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem, otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

»Wobec wieści, rozsiewanych ostatnimi czasy w niektórych organach prasy, a szkodzących Instytucyi Domu Zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem, Zarząd, Rada Nadzorcza i naczelny lekarz Towarzystwa, nie będąc w stanie odpierać za każdym razem nieuzasadnionych zarzutów, poczuwają się do obowiązku udzielenia ogółowi polskiego społeczeństwa następujących wyjaśnień.

Założone przed 12 laty Towarzystwo Domu Zdrowia od początku swego istnienia żadnym zasadniczym zmianom nie uległo, prócz stałej i konsekwentnej ewolucyi w kierunku nowoczesnych wymogów sanatoryalnych. Wszelkie zatem wieści o reformach statutowych, rzekomo zmieniających polski charakter Instytucyi, są absolutnie niezgodne z prawdą. Domem Zdrowia rządzi ogół polskiej młodzieży, zorganizowanej przy wyższych uczelniach w kraju i zagranicą w grupy Domu Zdrowia Pomocy Bratniej. Wysyłają one delegatów swych na doroczne Zjazdy, stanowiące najwyższą instancyę Towarzystwa. Jednomyślność uchwał tegorocznego Zjazdu, odbytego 15. i 16. sierpnia w Zakopanem, pomimo różnic kierunków wśród młodzieży, świadczy wymownie o gorącem przejęciu się jej doniosłością zadań humanitarnych, które stanowią treść i cel działalności Domu Zdrowia.

Paragraf statutu, mocą którego pacyenci Domu Zdrowia wysyłali swego przedstawiciela na Zjazd, został j e d n o m y ś l n ą uchwałą młodzieży (a zatem i delegata pensyonarzy Domu Zdrowia) wykreślony, a to na wniosek lekarzy, przeświadczonych o szkodliwym wpływie wyborczej atmosfery podczas mianowania delegata na stan zdrowia pacyentów. Natomiast uchwalono nowe zmiany statutowe, zapewniające każdemu pensyonarzowi prawo zwracania się z żądaniami lub zażaleniami do wszystkich władz Towarzystwa, a więc do Zarządu, do naczelnego lekarza, do Rady nadzorczej i do Zjazdu Delegatów.

Co do zarzutów, dotyczących wadliwej gospodarki finansowej, pociągającej za sobą niedobór w budżecie na rok następny w przypuszczalnej kwocie 16.000 kor., rzecz przedstawia się jak następuje: Tegoroczny Zjazd Delegatów, pomimo dotkliwego podrożenia ostatnimi czasy artykułów żywności i pomimo znacznego polepszenia warunków bytu pacyentów w przeniesionym obecnie na Gubałówkę, rozszerzonym i znacznie ulepszonym Domu Zdrowia (kanalizacya, centralne ogrzewanie, wodociągi, łazienki etc.), nie uznał za możliwe podwyższyć opłaty od znajdujących się nieraz w nędzy pensyonarzy. Opłata miesięczna wynosi, jak i dawniej, 100 koron, rzeczywiste zaś koszta utrzymania dochodzą do 150 kor. Od początku istnienia Domu Zdrowia niedobory budżetowe są zjawiskiem stałem i jak prawie w każdej instytucyi tego rodzaju, bywają one pokrywane corocznie z różnych źródeł: przez wkładki nowych członków, datki jednorazowe, zapisy, wogóle dzięki ofiarności publicznej w różnych postaciach.

Wspominamy nakoniec, że po jednomyślnem uchwaleniu absolutoryum dotychczasowemu Zarządowi, oraz wyrażeniu gorącego podziękowania byłemu prezesowi Towarzystwa Drowi J. Żychoniowi i ustępującym pp. Dr Kuczewskim, nastąpił również jednomyślny wybór Zarządu, Rady Nadzorczej i nowego naczelnego lekarza Domu Zdrowia. Zadaniem tych organów będzie służyć w miarę swych sił sprawom Domu Zdrowia »Bratniej Pomocy«, jako instytucyi ze wszech miar pożytecznej i stanowiącej tak ważną placówkę w walce z gruźlicą.

Liczymy w naszej pracy na skuteczną pomoc i życzliwe poparcie całego polskiego społeczeństwa.

Prezes Towarzystwa: Dr Kazimierz Dłuski. Sekretarz: Dr Leopold Winnicki. Zarząd: Dr Karol Morawski, wiceprezes, Elżbieta Trenklerówna, naczelny lekarz i dyrektor Domu Zdrowia Dr Edmund Brzeziński. Rada Nadzorcza: Dr Bronisława Dłuska, Tadeusz Korniłowicz, Rafał Korniłowicz, Dr Antoni Kuczewski.

— O frekwencyi zdrojowisk galicyjskich podają »Nasze Zdroje« w Nrze 22. z dn. 1. X. 1912 następujące wiadomości: w Zakopanem doszła lista 11.293 osób, (o Krynicy niepodano), w Jaworzu 5.706, w Truskawcu 4.721, w Szczawnicy 4.342, w Rabce 3.351, w Rymanowie 2.836, w Żegiestowie 1183.

— Instrumentaryum lekarskie (zwłaszcza ginekologiczne i dentystyczne) po ś. p. kol. Smorągiewiczu jest do nabycia u p. Smorągiewiczowej (Podgórze, Józefińska 23).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. IX. do 5. X. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † 1), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 5 † — (3 † 3), odry 3, duru brzusznego 3 † — (1 † 1), czerwonki 4 † — (— † 1), róży 3. Dr Janiszewski.

Warszawa. Od długiego szeregu lat wydaje »Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« corocznie »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, zawierający streszczenia wszystkich prac lekarskich polskich, ogłoszonych drukiem w ciągu roku, a oddający nieocenione usługi każdemu polskiemu autorowi i czytelnikowi, nieobojętnemu na swojski dorobek naukowy. Przed paru laty nastąpiła w tem wydawnictwie jednoroczna przerwa z przyczyny znanych zajść politycznych. Od tego czasu wychodzi »Przegląd piśmiennictwa« z opóźnieniem, tak, że ostatni, który wyszedł, obejmuje rok 1908. W roku bieżącym »Przegląd piśmiennictwa« dotąd się nie ukazał. Byłoby bardzo pożądane, by w przyszłości termin wydawnictwa tego mógł być o ile możności wcześniejszy i by zostało wyrównane opóźnienie, przed paru laty powstałe, tak, aby według dawniejszego wzoru »Przegląd piśmiennictwa« ukazywał się w kilka miesięcy po zamknięciu roku, z którego zdaje sprawę.

— Dr Ksawery Watraszewski obchodził 6. X. trzydziestoletni jubileusz pracy na stanowisku naczelnego lekarza szpitala św. Łazarza. Na obchodzie jubileuszowym, urządzonym w szpitalu, przemawiali do Jubilata kurator szpitala p. Barylski, następnie Dr Trzciński imieniem lekarzy szpitalnych, inspektor szpitali Dr Troickij, naczelnik miejskiego Wydziału dobr. p. Koralewski, inspektor miejskiego urzędu lek. Dr Puszkin, wreszcie Dr Feliks Malinowski, ofiarowując poświęcony Jubilatowi zeszyt »Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych«.

— Dr Mikołaj Rejchman złożył w r. 1911 Towarzystwu naukowemu warszawskiemu, za pośrednictwem Komitetu do badania i zwalczania raka, na założenie pracowni dla badań nad nowotworami, a zwłaszcza nad rakiem, tysiąc rubli). Komisya urzadzająca pracownie naukowe Tow. nauk. warsz. w zasadzie uchwaliła założenie tej pracowni, o ile na jej założenie i prowadzenie zebrane zostaną w drodze prywatnej odpowiednie środki i złożone będą do dyspozycyi Towarzystwa naukowego warszawskiego.

— Zmarły przed kilku dniami Dr Stanisław Hassewicz, znany w całej Polsce z niezwykłej ofiarności na cele oświaty i obrony narodowej kresów, zapisał cały swój majątek w kwocie 180.000 rubli na cele publiczne: główną część na rzecz Macierzy szkolnej Ks. Cieszyńskiego, zresztą dla Akademii Umiejętności w Krakowie, Towarzystw oświaty ludowej i Szkoły ludowej w Krakowie, Towarzystw czytelni ludowych i pomocy naukowej im. Marcinkowskiego w Poznaniu, dalej dla prywatnego seminaryum nauczycielskiego w Ursynowie pod Warszawą i na stypendya dla młodzieży. Ś. p. Dr Stanisław Hassewicz urodził się w Lublinie, kształcił się w zawodzie lekarskim w b. Akademii medyko-chirurgicznej i w b. Szkole głównej warszawskiej, doktorat otrzymał w Paryżu. Pracował długie lata w Karlsbadzie, ciesząc się wielkiem uznaniem i zaufaniem. Dr Hassewicz oddawał się gorąco działalności na polu narodowem i społecznem. Popierał gorliwie czytelnie ludowe w Poznaniu, był inicyatorem założenia Domu akademickiego we Lwowie i pierwszy złożył na ten cel ofiarę w sumie 20.000 koron. Szkoła ludowa cieszyńska zawdzięcza jemu wyłącznie swe istnienie.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 30. IX. do 7. X. 1912 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 2 † 2, czerwonki 2.

Dr Treukner.

Z różnych stron. Dla I. międzynarodowego Zjazdu pedyatrycznego w Paryżu wydał »Przegląd pedyatryczny« broszurę p. t. »Etat actuel de la pédiatrie en Pologne«. W broszurze tej, zawierającej 40 stronic, a napisanej przez Dr Mogilnickiego z Łodzi, znajdują się naprzód wiadomości historyczne i opis istniejących obecnie polskich zakładów pedyatrycznych w Królestwie Polskiem, Galicyi i Poznańskiem, dalej spis polskich czasopism lekarskich, w końcu zaś bardzo starannie zebrana bibliografia polskich prac pedyatrycznych lub z pedyatryą związek mających z ostatnich lat 12 (1900—1912). Zarówno pomysł, jak i wykonanie tego wydawnictwa są doskonałe: w formie bardzo treściwej daje ono obraz obecnego stanu pedyatryi w Polsce, a »Przegląd pedyatryczny« może je zapisać na rachunek rzetelnych swoich zasług.

Podobną zasługą rozpoczyna też swoją działalność zawiązane w r. z. Towarzystwo ginekologów polskich. Wydało ono właśnie obszerny tom (516 stron) p. t. »Obrady sekcyi ginekologicznej XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie«, zawierający w całości lub w dokładnych streszczeniach wszystkie wygłoszone na Zjeździe wykłady i przedstawione prace, oraz dyskusye według zapisków stenograficznych. Na początku tomu dodano francuskie streszczenia wszystkich wykładów (na 22 str.). Dzieło to, wydane na zlecenie prezydyum Towarzystwa ginekologów polskich przez prof. Dr Al. Rosnera, jako gospodarza Sekcyi ginek. XI. Zjazdu lek. i przyr. polsk. i prof. Dr St. Ciechanowskiego, zostało w kilkuset egzemplarzach rozdane na niedawno w Berlinie odbytym międzynarodowym Zjeździe ginekologicznym, dając świadectwo ruchowi i żywotności tej gałęzi nauk lekarskich w Polsce.

— Podręcznik laryngologii Dr Teodora Herynga z Warszawy, przełożony już dawniej na rosyjskie i niemieckie, wyszedł obecnie w przekładzie francuskim.

— Od 3. do 9. bm. odbywał się w Pradze czeskiej VI. międzynarodowy Zjazd dla elektrologii i radyologii lekarskiej. Wśród honorowych prezesów Zjazdu znajdowali się z Polaków: minister skarbu W. Zaleski i szef sekcyi ministerstwa oświaty Dr Ćwikliński, wśród członków honorowych Zjazdu oprócz pani Curie-Skłodowskiej rektorowie polskich szkół wyższych, prezes i wiceprezes Akademii Umiejętności. Delegatem Wszechnicy Jagiellońskiej na Zjazd był prof. Dr Julian Nowak, dziekan Wydziału lekarskiego. Podczas Zjazdu odbyły się wycieczki do Sv. Jachimova koło Karlsbadu, gdzie są najobfitsze pokłady rudy radonośnej i do Wiednia dla zwiedzenia świeżo założonego przez cesarza Instytutu radyologicznego.

— Lekarze w Rosyi nie odbywali dotychczas żadnej służby wojskowej, lecz przechodzili po ukończeniu studyów wprost do rezerwy, a powoływani bywali do służby tylko w razie wojny. Od grudnia r. b. będą lekarze po ukończeniu studyów odsługiwać 4 miesiące pod bronią, jako zwykli szeregowcy, a potem przez 16 miesięcy użyci być mogą do sprawowania obowiązków czysto lekarskich. Po tych 20 miesiącach czynnej służby przechodzić będą do rezerwy na lat 16 (dotąd 13 lub 18), a potem do pospolitego ruszenia.

— Liczba studentów medycyny w Niemczech mimo wszelkich głosów ostrzegawczych podnosi się stale i wynosi obecnie 13.409 (w r. 1911 wynosiła 11.927, a przed 6 laty wynosiła 6.000). X.

— W czasie międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Londynie w r. 1913 odbędzie się konferencya w sprawie studyów lekarskich i studyów uzupełniających. Na konferencyi tej złożą zaproszeni przez międzynarodowy Komitet dla studyów uzupełniających referenci sprawozdania o obecnym toku regularnych studyów uniwersyteckich, o stosunku nauki uniwersyteckiej do studyów uzupełniających i o obecnym stanie kursów uzupełniających. Oprócz tego będą zadaniem konferencyi obrady nad dwoma ważnymi przedmiotami: mianowicie nad reformą nauczania ze względu na znaczenie techniki w zawodzie lekarskim i nad doniosłością medycyny społecznej jako przedmiotu nauki. Dokładniejszych wyjaśnień udziela biuro Komitetu (Intern. Komité für das ärztliche Fortbildungswesen, Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2—4).

— III. Międzynarodowy Zjazd w sprawie chorób zawodowych odbędzie się w jesieni r. 1914 w Wiedniu. Już obecnie zapewniony jest udział szeregu najwybitniejszych pracowników na tem polu, jakoteż referenci dla następujących przedmiotów obrad: 1) Znużenie. (Wpływ pracy zawodowej na układ nerwowy. Praca nocna). 2) Praca w powietrzu gorącem i wilgotnem. 3) Wąglik u robotników. 4) Pylice. 5) Szkodliwy wpływ elektryczności w przemyśle. 8) Zatrucia zawodowe. 7) Szkodliwy wpływ pracy zawodowej na słuch. Na czele komitetu stoi r. min. Dr Haberler, referent sanitarny ministerstwa spraw wewn. — W sprawach Zjazdu udziela wyjaśnień sekretarz komitetu, prof. Dr Teleky (Wiedeń IX. Türkenstrasse 23).

Mianowani: Dr Włodzimierz Popiel lekarzem naczelnym zakładu położniczego przy ul. Karowej w Warszawie; prof. Kaup z Berlina profesorem higieny przemysłowej i społecznej w Monachium; prof. Albrecht z Wiednia profesorem anatomii patol. w Gracu.

Zmarli: Dr Ignacy Maluszycki, były inspektor lekarski gub. Siedleckiej, rzeczyw. radca stanu, w 77 r. ż. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LI. Kraków, dnia 19. października 1912. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu patologii ogólnej i eksperymentalnej Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Karol Klecki).

Wpływ przetworów rtęciowych na rozwój nowotworów mysich.

Napisał

Dr Stanisław Skudro.

Badanie nowotworów stało się w ostatnich latach jednym z najbardziej uprawianych działów patologii doświadczalnej.

Zaczęto badać nie tylko istotę oraz pochodzenie nowotworów złośliwych, ale starano się wykazać wpływ, jaki wywierają na ich rozwój najrozmaitsze czynniki natury chemicznej lub też fizycznej.

Następnie starano się wpływać na rozwój nowotworów bądź to zapomocą czynnej lub biernej odporności, bądź to stosując środki, wywołujące odczyn zapalny, bądź wreszcie innymi sposobami. Nie będę przytaczać całego szeregu badań, które albo doprowadziły do wyników ujemnych, lub też nie mają bezpośredniego związku z pracą niniejszą. Wspomnieć jednak muszę o tych nielicznych doświadczeniach, za pomocą których zdołano otrzymać pewne wyniki dodatnie, dotyczące leczenia nowotworów złośliwych, a w szczególności raka. Wypada tu przytoczyć badania Martiniego [1]), który wspomina o 12 przypadkach raka, leczonych promieniami Röntgena, z których 2 zostały prawie wyleczone, w siedmiu nastąpiło znaczne polepszenie, trzy zaś pozostały bez zmiany.

Autor tłómaczy te różne wyniki tem, że ważną rolę odgrywa tu grubość nowotworu, albowiem promienie nie działają głębiej, niż na dwa cm.; prócz tego przypisuje on wielkie znaczenie budowie histologicznej nowotworu, mianowicie utrzymuje, że nowotwory złożone z komórek młodych ulegają stosunkowo szybciej skutecznemu działaniu promieni, niż nowotwory o budowie więcej zbitej, złożone z komórek starszych. Pod wpływem promieni Röntgena następuje w samym miąższu nowotworu — w powierzchownych warstwach rozpuszczanie i martwica, w głębszych zaś zwyrodnienie komórek nowotworowych.

Ritter [2]) stosuje od dłuższego czasu w przypadkach nowotworów, nie nadających się do operacyi, sztuczne przekrwienie, podobno z dobrym skutkiem. Autor ten obserwował w nowotworach, leczonych w powyższy sposób, bujanie tkanki łącznej, oraz równoczesne zmniejszenie się ilości komórek nowotworowych. Werner [3]) widział wyniki dodatnie po stosowaniu promieni Röntgena, radu, oraz po wstrzykiwaniach choliny. Zdaniem tego autora nowotwory oddziałują w dwojaki sposób na prześwietlanie: tkanka nowotworowa albo ulega rozpuszczeniu, lub też obumarciu. Działając promieniami radu często można było wyleczyć małe nowotwory. Wstrzykiwania zaś choliny mają podobne działanie jak promienie, ponieważ biologiczna ich własność polega na rozkładzie istot lecytynowych; dlatego też po zastosowaniu choliny otrzymuje się wyniki, analogiczne do działania promieni Röntgena. Reicher [4]) stosował w leczeniu nowotworów adrenalinę i otrzymał wyniki niezłe. Adrenalina bowiem, wstrzykiwana w ciągu dłuższego czasu w otoczenie nowotworu, wywoływała w nim martwicę, rozpoczynającą się w środku. Nawroty występowały zaledwie w 2% przypadków. Adrenaliną atoli odporności wywołać nie można.

Wychodząc z założenia, iż sole rtęciowe działają z jednej strony odkażająco na ustrój zwierzęcy, z drugiej zaś przyczyniają się niekiedy do szybszego wchłaniania wytworów patologicznych, czego jaskrawym dowodem są kilaki, ustępujące pod wpływem przetworów rtęciowych, przystąpiłem na propozycyę Prof. Wrzoska do zbadania wpływu, jaki wywiera rtęć na rozwój nowotworów złośliwych. Wyniki, oraz przebieg poszczególnych doświadczeń podaję poniżej.

Do doświadczeń używałem myszy białych, dorastających, mających około dwóch do trzech miesięcy. Waga tych myszy wahała się około 15 gr. Zwierzętom tym szczepiono do ogona, lub też do pachwiny prawej nowotwór Nr I. i Nr IV. o budowie gruczolako-raka. Szczepienie tych nowotworów wykonywałem w taki sam sposób, w jaki to czynił Prof. Wrzosek [5]). Wszystkie myszy, użyte do doświad-

[1]) »Über die durch die Röntgenstrahlenbehandlung hervorgerufenen histolog. Veränderungen maligner Geschwülste«.— Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 12, 1908.

[2]) Zur Behandlung inoperab. Tumoren mit künstl. Hyperaemie. Centralbl. für allg. Path. und pathol. anatomie. 1908.

[3]) Erfahrung über die Behandlung der Tumoren mit Röntgen-, Radium-Strahlen und Cholininjectionen. Centralbl. für allg. path. und pathol. Anatomie. 1909, Nr 28.

[4]) Über experimentelle Beiträge zur Therapie maligner Tumoren. Deutsche med. Wochenschrift. 1910.

[5]) Adam Wrzosek: O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Przegląd lekarski. 1910.

TABLICA I.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr IV.

Liczba szeregu eksperymentu	Data szczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepien. nowotworu	Myszy, którym podawano codziennie 1 cm³ 0·5% $HgCl_2$ do 32 cm³ mleka od dnia 15. IV. 1911					Myszy kontrolne				
			Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepieniu	Uwagi	Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepieniu	Uwagi
I.	30/III. 1911	ogon	♂	0·1	15·1	25		♂	0·3	17·0	18	
			♂	1·7	16·3	31	Nowotwór rozwinął się także w płucach	♂	0·25	15·0	19	Nowotwór rozwinął się także w płucach
			♀	0·8	14·8	33	» »	♀	0·2	15·2	21	
			♂	1·3	16·3	42	» »	♂	0	21·0	26	» »
			♂	1·3	18·5	49	» »	♂	0	15·5	36	» »
			♀	3·3	12·3	50	» »	♀	2·5	10·8	43	» »
			♂	1·0	15·8	55	» »	♂	1·0	16·0	48	» »
			♂	1·3	18·0	57		♂	1·4	15·2	50	
			♀	0·2	16·0	57	Nowotwór rozwinął się także w płucach	♂	2·0	16·5	53	» »
			♀	2·2	14·7	58		♀	3·0	17·2	55	» »
Średnio				1·3		45·7						
		ogon	♂	0	15·5	60	Nowotwór się nie przyjął	♀	2·1	14·0	58	
			♂	0	[illegible]	60	» »	♂	2·9	21·2	99	» »
Średnio									1·5	16·2	43·8	
		ogon	♂	0	19·0	—	» »	♂	0	21·5	—	Nowotwór się nie przyjął
			♀	0	19·5	—	» »	♀	0	22·0	—	» »
			♂	0	18·0	—	» »	♂	0	20·5	—	» »
			♂	0	18·5	—	» »	♂	0	21·0	—	» »
Średnio					16·5							
II.	30/I. 1912	pachwina	♂	5·5	14	22		♂	8·8	18	45	
			♂	6·0	13·3	30		♀	0	25	—	» »
			♂	0	25	—	» »	♂	0	27	—	» »
			♀	0	15	—	» »	♂	0	27	—	» »
			♂	0	25	—	» »	♀	0	27	—	» »
			♂	0	24	—	» »	♀	0	28	—	» »
			♀	0	25	—	» »	♀	0	26	—	» »
			♂	0	26	—	» »	♀	0	27	—	» »
			♀	0	26	—	» »	♀	0	33	—	» »
			♀	0	28	—	» »	♀	0	36	—	» »

czenia, podzieliłem na 12 grup, z których połowa była poddana działaniu rtęci w sposób następujący: Dwie grupy dostawały stale, codziennie 0,5% rozczyn $HgCl_2$ w ilościach jednakowych 1 cm³ 0,5% $HgCl_2$ do 32 cm³ mleka [Tabl. I gr. I.] oraz 1 cm³ 0·5% $HgCl_2$ do 20 cm³ mleka. [Tabl. I. gr. II.]). Trzecia grupa (Tabl. II.) otrzymywała rtęć z mlekiem w dawkach stopniowo zwiększanych, a mianowicie: początkowo podawano w ciągu 20 dni codziennie po 1 cm² (0,5%

TABLICA II.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr I.

Liczba szeregu eksperymentu	Data szczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepien. nowotworu	Myszy, którym podawano początkowo 0·5% $HgCl_2$ — 1 cm^3 do 24 cm^3 mleka i zwiększano o 1/2 cm^3 0·5% $HgCl_2$ co 20 dni. Pierwszy raz podano $HgCl_2$ 15. IV. 1911.					Myszy kontrolne				
			Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepien.	Uwagi	Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepien.	Uwagi
III.	34/III. 1911	ogon	♂	0	16·5	27	27. IV. zaczęto podawać 1·5 cm^3 $HgCl_2$	♂	0·3	16·0	20	Nowotwór rozwinął się także w płucach
			♀	1·0	13·0	45	16. IV. zaczęto podawać 2·0 cm^3 $HgCl_2$	♀	0·4	11·4	25	» »
			♀	0·7	10·0	60		♂	0·7	15·8	28	» »
			♂	0·5	10·2	63	5. V. zaczęto podawać 2·5 cm^3 $HgCl_2$	♂	0·8	13·8	38	» »
			♂	1·7	10·0	63		♂	2·0	15·8	45	» »
			♀	1·2	8·3	64	Nowotwór rozwinął się także w płucach	♀	1·4	12·7	56	
			♀	1·9	12·0	71	» »	♂	3·3	20·0	60	» »
			♂	1·1	11·2	72	» »	♀	2·2	10·3	62	
			♀	1·8	11·0	72	» »	♂	0·5	15·0	75	» »
			♂	1·7	12·5	80	23. V. zaczęto podawać 3·0 cm^3 $HgCl_2$	♀	6·0	16·0	92	
			♀	0·8	8·4	125	25. V. zmniejszono dawkę do 2 cm^3 0·5% $HgCl_2$	♂	0	—	—	Nowotwór się nie przyjął
			♂	0·5	12·2	160		♂	0	—	—	» »
Średnio				1·2	10·8	79·5			1·8	14·7	50·1	

TABLICA III.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr IV.

Liczba szeregu eksperymentu	Data szczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepien. nowotworu	Myszy, którym wcierano szarą maść począwszy od 27. V. 1911					Myszy kontrolne				
			Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepieniu	Uwagi	Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepieniu	Uwagi
IV.	18/V. 1911	ogon	♂	5·2	15·0	25	Nowotwór rozwinął się także w płucach	♂	5·0	12·5	27	
			♂	2·5	12·2	25	» »	♀	0·3	10·0	27	Nowotwór rozwinął się także w płucach
			♂	1·5	12·0	40		♂	6·0	14·5	34	» »
			♀	1·7	13·0	41		♀	2·2	11·5	41	
								♀	9·0	9·0	46	
			♀	1·3	8·5	46		♂	3·3	16·7	74	» »
			♂	2·0	10·0	46	Nowotwór rozwinął się także w płucach	♂	4·2	16·8	76	» »
Średnio				2·4	11·9	37·1			4·3	13·0	46·4	
		ogon		0			Nowotwór się nie przyjął		0			Nowotwór się nie przyjął
				0			» »		0			» »
				0			» »		0			» »
				0			» »		0			» »

$HgCl_2$ do 24 cm^3 mleka), po 20 dniach zwiększono dawkę o 0,5 cm^3, następnie po 20 dniach zwiększono jeszcze o 0,5 cm^3 i t. d., aż do 3 cm^3 $HgCl_2$ dodawanych do 24 cm^3 mleka, którą to dawkę myszy otrzymały na 80. dzień dodawania sublimatu do jadła.

Od tej chwili zmniejszono im dawkę dzienną do 2 cm^3 sublimatu 0.5%, ponieważ zauważyłem objawy zatrucia rtęcią. Zwierzętom dalszych dwóch grup wcierałem do ogonów szarą maść. Wcieranie to stosowałem codziennie w otoczenie ognisk nowotworowych, głównie w skórę, pokrywającą nowotwór,

TABLICA IV.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr IV.

Liczba szeregu eksperymentu	Data szczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepien. nowotworu	Myszy, którym wcierano szarą maść począwszy od 10. II. 1912					Myszy kontrolne				
			Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepieniu	Uwagi	Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepieniu	Uwagi
V.	30/I. 1912	ogon	♀	0·2	13·1	24	Nowotwór rozwinął się także w płucach	♂	0·2	19·8	65	Nowotwór rozwinął się także w płucach
			♀	0·5	16·0	25	» »	♂	0·57	19·7	75	» »
			♂	0	13·5	25	» »	♂	2·8	18·5	90	
			♀	0	15·0	30	» »	♂	0·5	20·0	99	Nowotwór rozwinął się także w płucach
			♀	2·0	12·2	33		♂	0·3	16·0	105	» »
			♂	2·0	14·7	34						
								Średnio	0·9	18·8	86·8	
			♂	0·6	15·5	35						
								♂	0	29	—	Nowotwór się nie przyjął
Średnio				1·1	14·3	29·4						
								♀	0	27	—	» »
		ogon	♂	0	15·3	37	Nowotwór się nie przyjął	♂	0	27	—	» »
			♂	0	14·9	39	» »	♂	0	30	—	» »
			♀	0	13·1	75	» »	♀	0	35	—	» »

TABLICA V.

Myszy zaszczepione nowotworem Nr IV.

Liczba szeregu eksperymentu	Data szczepienia nowotworu	Miejsce zaszczepien. nowotworu	Myszy, którym wstrzykiwano podskórnie $HgCl_2$ od dnia 15. III. 1912					Myszy kontrolne				
			Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepieniu	Uwagi	Płeć myszy	Waga nowotworu w ogonie	Waga myszy	Liczba dni życia po zaszczepieniu	Uwagi
VI.	14/III. 1912	pachwina prawa	♂	1·8	19·2	22		♂	6·9	10·0	27	
			♀	10·5	25·0	22		♂	7·5	10·2	29	
			♀	9·5	8·5	26		♀	8·7	10·0	31	
			♂	11·0	13·0	33		♂	10·6	10·0	46	
			♂	7·7	12·0	40						
								Średnio	8·4	10·0	33·2	
Średnio				8·1	15·5	28·6						
								♀	0	30	—	Nowotwór się nie przyjął
		pachwina prawa	♂	0	27·0	—	Nowotwór się nie przyjął	♀	0	29	—	» »
			♂	0	26·0	—	» »	♀	0	29	—	» »
			♂	0	29·0	—	» »	♀	0	30	—	» »
			♀	0	28·0	—	» »	♂	0	30	—	» »
			♂	0	30·0	—	» »	♂	0	30	—	» »

w ciągu 2 minut, pozostałe zaś części maści usuwałem zapomocą oliwy, ażeby uniknąć ulatniania się rtęci (Tabl. III. i IV.). Wreszcie myszom szóstej grupy wstrzykiwałem podskórnie sublimat w ilości 0,5 cm³, 0,01% $HgCl_2$ (Tabl. V). Wstrzykiwanie wykonywałem codziennie w otoczenie nacieku nowotworowego z zachowaniem aseptyki.

Największa ilość wstrzykiwań wynosiła 30.

Pozostałe sześć grup myszy służyły jako kontrolne.

Na podstawie powyższych badań można streścić wyniki dokonanych doświadczeń w sposób następujący:

Ani podawanie sublimatu z pokarmami, ani wcierania szarej maści w miejsce zaszczepienia nowotworu, ani też

wstrzykiwania podskórne $HgCl_2$, nie wpływało na zanik przeszczepionych nowotworów.

Co się tyczy wpływu soli rtęciowych na rozwój ustroju zaszczepionych myszy, to najwybitniej zaznacza się to w tym szeregu eksperymentów, w którym dawkę rtęci stopniowo zwiększano (Tabl. II.). Widzimy bowiem, że gdy pierwsze zwierzę, które padło po 27 dniach, okazuje objawy bardzo nieznacznego wychudzenia i waży 16,5 gr., to już następne, które padło po 45 dniach, waży 13 gr., pomimo, że nowotwór rozwijał się bardzo powoli. Od tej chwili wszystkie myszy z tej grupy, które padły później, były ogromnie wyniszczone, a waga ich niekiedy wynosiła zaledwie cokolwiek więcej nad 8 gr. Nowotwory zaś dochodziły do pewnych rozmiarów, a następnie nie ulegały ani wessaniu, ani rozpadowi, ani też dalej nie powiększały się. W powierzchownych warstwach dochodziło do martwicy suchej (mumificatio) i w takim stanie nowotwory pozostawały do śmierci myszy. Reszta zwierząt okazywała wyraźne cechy przewlekłego zatrucia rtęcią: wyniszczenie znacznego stopnia, zanik tkanki tłuszczowej, nieżyt przewlekły jelit, zapalny stan w nerkach, najczęściej o charakterze krwotocznym (nephritis haemorrhagica). Myszy o których mowa, żyły po zaszczepieniu nowotworu średnio dłużej, aniżeli myszy, użyte do kontroli. (Tabl. II.). Co się zaś tyczy tych myszy, którym stale podawano z mlekiem jednakową ilość sublimatu (0,5% $HgCl_2$), nie przekraczającą dziennie $^1/_{16}$ cm^3 0,5% $HgCl_2$ na każdą mysz, to w tym przypadku (Tabl. I, grupa I.) rtęć nie wywierała takiego zgubnego wpływu na ustrój, jak w poprzednich szeregach doświadczeń, a powierzchnia nowotworów zachowywała się cokolwiek odmiennie. Nowotwory te nie podlegały martwicy suchej, ale przeciwnie rozpadały się, pokrywały strupem lub też ropiały; na przekroju były dość soczyste, a myszy te nie ulegały wyniszczeniu w tym stopniu, jak poprzednie. Pozostałe zaś przy życiu nie okazywały objawów zatrucia rtęcią i mimo trzymiesięcznego żywienia jadłem z sublimatem ważyły średnio nie mniej, aniżeli myszy, służące do kontroli. Myszy, którym podawałem z jadłem sublimat i którym nowotwór się przyjął, żyły średnio o parę dni dłużej, aniżeli myszy użyte do kontroli. Doświadczenie to powtórzyłem raz jeszcze na myszach, którym zaszczepiono nowotwór do pachwiny (Tabl. I, gr. II), lecz nowotwór większości myszy nie przyjął się.

Również wcieranie przetworów rtęciowych w otoczenie nowotworu i w skórę pokrywającą nowotwór nie dały żadnych korzystnych wyników i bynajmniej nie wpływały wybitnie na rozwój nowotworów, jak o tem przekonać się można z Tabl. III. i IV. Nadmienić jednak muszę, że u niektórych zwierząt, gdzie początkowo zaszczepiony nowotwór uważany był za przyjęty, po kilkudniowem wcieraniu szarej maści, zaznaczający się pierwotnie guzek wielkości łebka szpilki zanikał w zupełności; ale ponieważ ten sam objaw spotykałem i wśród myszy kontrolnych, sprowadzić to raczej należy do odczynu zapalnego, jaki wystąpił w miejscu zaszczepienia komórek obcych, a nie do nacieku nowotworowego. Myszy, którym wcierano szarą maść w otoczenie nowotworu i w skórę, pokrywającą nowotwór, żyły średnio krócej, aniżeli myszy kontrolne. Co się zaś tyczy wstrzykiwań podskórnych, to nie zauważyłem najmniejszego ich wpływu na rozwój nowotworów, ponieważ rozwijały się one z równą szybkością u myszy traktowanych rtęcią, jak u zwierząt kontrolnych. Również nie wiele się różniła u jednych i drugich średnia liczba dni życia po zaszczepieniu nowotworu.

O roznosicielach zaraz.

(Rzecz odczytana na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich w lipcu 1911).

Napisał

Prof. Kučera (Lwów).

(Dokończenie).

Próby usunięcia prątków czerwonki w sztuczny sposób nie dały dotąd wyników pewnych. Polecano w tym celu traktowanie atonicznych wrzodów czerwonkowych (w rektoskopie) 2% azotanem srebrowym (Lentz-Kantorowicz) wzgl. wlewanie tegoż środka 1:200 lub lawatywy eukaliptolowe. Zdaniem Simona najlepszymi okazały się kołaczyki tanninowe po 0·06 i to 3–6 razy dziennie. Nieraz i pouczanie o przestrzeganiu czystości w obchodzeniu się z wypróżnieniami może sprawić dobry skutek, jak np. donoszą o czerwonce w wojsku niemieckiem w Afryce, w szczególnych jednak warunkach, jak np. w zakładach dla umysłowo chorych, nie pozostaje nic innego, jak tylko ścisłe odosobnienie roznosicieli.

Wyszukiwanie roznosicieli zarazków w błonicy natrafia na znaczniejsze nieraz trudności z powodu wielkiego rozpowszechnienia prątków rzekomo-błoniczych i uciążliwego nieraz rozpoznania różniczkowego. Wszak wykazanie prątków tak rażąco podobnych do prątków Loefflera u ludzi zupełnie zdrowych było jednym z głównych powodów, dlaczego tak powoli laseczník Loefflera został uznany za przyczynę choroby i dlaczego sam odkrywca bardzo zrazu ostrożnie wypowiadał zdanie o jego znaczeniu etyologicznem. Nie mogę się oprzeć wrażeniu, że właśnie w badaniach nad rozpowszechnieniem prątka błonicy u ozdrowieńców, wzgl. u osobników zdrowych, nie przestrzega się zawsze zupełnie ściśle rozpoznania różniczkowego, dla którego zawsze jeszcze doświadczenie na zwierzęciu stanowi środek najpewniejszy. (Co do aglutynacyi prątków błoniczych, która według Drigalskiego[52]) dobrze się nadaje do wyróżnienia ich, doświadczenia własnego nie posiadam). Cechy morfologiczne (kształt, ziarna metachromatyczne itd.) mogą zawieść. (Tuż przed Zjazdem miałem właśnie sposobność znalezienia w 2 przypadkach u dzieci szczepów prątków, zupełnie pod względem morfologicznym i w hodowli odpowiadających klasycznemu prątkowi błoniczemu, a jednak pozbawionych zupełnie jadowitości). Tu trzeba też przypomnieć, że dotąd jeszcze nie osiągnięto zgody pomiędzy autorami co do stosunku prątka rzekomobłoniczego do prątka Loefflera. (I tak np. Dorange (Ann. d'hyg. publ. 1910) w pułku dragonów, w którym przez 2 lata ciągnęła się epidemia błonicy (35 przypadków), znalazł 22·08% roznosicieli, zalicza do nich jednak i tych, u których znalazł laseczniki krótkie, pozbawione chorobotwórczości wobec

[52]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 44. 1909. Beiheft.

morskiej świnki, a przypuszcza, stojąc na tem stanowisku, że pod wpływem sprzyjających warunków mogą te laseczniki uzyskać jadowitość). Nieprzestrzeganie dostatecznej ścisłości w tym właśnie kierunku wywołuje zbyt częste wykrywanie »prątka błonicy« u osób zdrowych i w następstwie tego lekceważenie istotnych roznosicieli.

Dla oceny rozpowszechnienia i trwania roznosicielstwa w błonicy rozporządzamy obecnie całym szeregiem zestawień, z których przytaczam (wedł. Loefflera[53]) tylko statystykę Schellera w Królewcu — 339 przyp., E. Neissera i Gabriela w Szczecinie — blisko 500 przyp.. i Tjadena w Bremie — 1338 przyp. Okazuje się z nich dość zgodnie, że, licząc od początku choroby, do 2 tygodni znikają prątki w blizko 70% przyp., zaś z końcem 5. tygodnia 90% lub więcej ozdrowieńców jest wolnych od prątków błonicy, a zaledwo w 2% wzgl. 1% przypadków prątki utrzymują się ponad 3 miesiące na danej błonie śluzowej. Opisano jednak pojedyncze przypadki, gdzie wykrywano prątki do 9 miesięcy (Fibiger), 1$^1/_2$ roku (Le Gendre i Pachon), według Pripa do 4 lat, a w jednym przypadku Neissera z wszelkiem prawdopodobieństwem nawet do 8 lat.

Pojawienie się prątków błoniczych u osobników zupełnie zdrowych, t. j. roznosicieli w ścisłem znaczeniu słowa, spostrzegamy w błonicy również, a prawie zawsze uda nam się wykazać, że chodzi tu o osoby, które miały sposobność zetknąć się z chorym (rodzeństwo chorego, dzieci i dozorczynie na oddziałach dla błonicy, internaty, koszary). Według Schellera[54]) przeszło $^1/_3$ osób, należących do rodziny chorego — głównie dzieci i kobiet[55]) — staje się roznosicielami, w niektórych rodzinach nawet wszyscy ich członkowie. Natomiast tenże autor, jak i Beck, Fibiger, nigdy nie mogli znaleść prątków błonicy u osób, które takiej sposobności nie miały.

W olbrzymim materyale Drigalskiego[56]), obejmującym 26.000 dzieci szkolnych, zbadanych w przeciągu 1$^1/_2$ roku w Halle, w klasach wolnych od błonicy nie znaleziono ani razu roznosiciela. (Wobec tego nie może być mowy o rozpowszechnieniu (ubiquitas) prątka błonicy, jak to Behring w swoim czasie przypuszczał).

Że istotnie roznosiciele błonicy mogą stać się niebezpieczni dla swojego otoczenia, tego liczne przykłady znajdujemy w powyżej przytoczonem sprawozdaniu Loefflera i jeżeli niektórzy, jak np. Lemoine[58]), opisują przypadki, w których prątki błonicy, jadowite dla morskiej świnki, utrzymują się latami bez żadnych szkodliwych następstw dla otoczenia, to jednak nie obalają przez to przytoczonych spostrzeżeń poprzednich.

Na usunięcie prątków błonicy u roznosicieli podano cały szereg sposobów, lecz wszystkie one wymagają jeszcze systematycznego wypróbowania, aby można ocenić, czy który z nich zasługuje na istotne zaufanie. I tak, wobec tego, że surowica lecznicza, jako surowica antytoksyczna, na prątki same nie wpływa, stosowano surowicę aglutynującą w postaci proszku rozpylanego w gardle (Wassermann), lub też w postaci pastylek po 10 cg, przyczem według Sicarda prątki znikają w 3 do 6 dni (Boinet-Olmer l. c.); Petruschky[59]) miał dobre wyniki, stosując szczepionki z zabitych prątków, choć nieraz potrzeba było i 8 wstrzyknięć. Sam Loeffler poleca stosowanie mieszaniny; 36 cm^3 toluolu, 60 cm^3 alkoholu, 4 cm^3 rozczynu sześciochlorku żelaza (liquoris ferri sesquichlor.) i 100 mentolu, wziewanie par mieszaniny benzolu, toluolu i olejków eterycznych, Naether stosuje płukanie 1% węglanem amonowym i następnie płukanie H_2O_2. Dużo obiecywano sobie po pyocyanazie, lecz i ona także wymaga jeszcze szerszego praktycznego wypróbowania. Wobec tego więc zmuszeni jesteśmy zawsze jeszcze stosować odosobnienie roznosiciela, jako najpewniejszy środek zapobiegawczy. Odosobnienie to z natury rzeczy (dzieci) w przeważnej części przypadków będzie tylko względne, niemniej jednak, choćby nawet takie dziecko stykało się w domu z innemi, mniejszą wywoła szkodę, niż w szkole. Stanowisko takie zajmuje też Drigalski (l. c.). Odosobnienie powinnoby naturalnie trwać dopóty, dopóki kilka razy wykonane badanie bakteryologiczne nie przekona nas o zniknięciu prątków. Ponieważ jednak, jak dotąd, rzadko będzie można takie badanie przeprowadzić, lekarz-praktyk zmuszony jest trzymać się pewnego czasu średniego. Na podstawie powyżej przytoczonych danych można czas taki określić na 5—6 tygodni od początku choroby.

I w gruźlicy nie brak spostrzeżeń, dowodzących istnienia roznosicieli (zdrowych). Mam tu na myśli dawne badania Straussa i innych, wykazujących prątki gruźlicze na błonie śluzowej nosa u dozorców chorych. Z nowszych np. A. Moeller[60]) na 41 dzieci ze zdrowemi płucami u 6 znalazł prątki gruźlicze na błonie śluzowej jamy ustnej. Sądzę jednakowoż, że praktyczne znaczenie takich roznosicieli — wobec nader wielkiej liczby samych chorych (i to chorych z gruźlicą otwartą) jest minimalne.

Cholera azyatycka. R. Pfeiffer w referacie o roznosicielach w cholerze[60]), opierającym się na doświadczeniach z epidemii hamburskiej i epidemii w Niemczech w r. 1905, twierdzi, iż w cholerze istotnych roznosicieli-ozdrowieńców (»Dauerausscheider«) dotąd niespostrzeżono, że wyjątkowo tylko przecinkowiec cholery żyje w przewodzie pokarnowym dłużej ponad 14 dni. Spostrzeżenia, według których jeszcze po 49 dniach wykazywano krętki cholery w stolcach, uważa Pfeiffer za nader wyjątkowe i niezupełnie pewne. Jednakowoż wobec doświadczeń, zebranych w ostatnich epidemiach w Rosyi, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że jednak i w cholerze wydzielanie przecinkowców może się przeciągnąć daleko poza okres ozdrowienia. Autorowie rosyjscy (Zlatogorow[61], Horowitzówna[61]) donoszą przytem o daleko idących zmianach morfologicznych i biologicznych, jakim ulegają krętki cholery w tym okresie. Zabolotny[62]) spostrzegał w epidemii w r. 1907 i 1908 przecinkowce wyjątkowo jeszcze 57. dnia. Deckner (ibidem) w małej epidemii (16 przyp. w okręgu Heydekrug w r. 1909) znalazł przecinkowce w 1 przypadku jeszcze 69. dnia. Według Zlatogorowa (l. c.) znikają one istotnie w 51·7% do 14—17 dni od początku choroby, czasem nawet prędzej, kiedyindziej trzymają się znacznie dłużej: na

53) Klin. Jahrb. 19. 1908.
54) Loeffler l. c.
55) Nishino. Ctblt. f. Bakt. Or. 53. 1910.
56) Ctblt. f. Bakt. Ref. 44. 1809. Beiheft.
57) Wedł. Boinet-Olmera. Annales d. hyg. l. c.
58) Ctblt. f. Bakt. Ref. 42. 1909.
59) Münch. med. Woch. 1910.
60) Klin. Jahrb. 19. 1908.
61) Ctblt. f. Bakt. 58. 1911.
62) Ctblt. f. Bakt. Ref. 47. 1910.

255 spostrzeżeń 1 raz do 48 dni, 1 raz do 51, raz do 56, w przypadku Zeidlera nawet do 93 dni. Zawsze jednak nawet według przytoczonych autorów są to wyjątki, i istotnie też rola tej kategoryi roznosicieli w szerzeniu cholery nigdy znaczniej nie wystąpiła.

Ważną rolę natomiast odgrywają w cholerze »roznosiciele zdrowi«, których liczba jest, jak to nowsze badania wykazują, dość znaczna. I tak w r. 1905 w całych Niemczech (według Kirchnera[63]) na 180 chorych było 38 roznosicieli. Zabolotny (l. c.) znalazł w Petersburgu w r. 1909 na 2440 osób w otoczeniu chorych 60 zupełnie zdrowych roznosicieli, t. j. 2·5% (oprócz tego 1% roznosicieli znajdował w okresie wylęgania choroby, byli to więc »roznosiciele wcześni«, podobnie jak to Conradi stwierdził w durze brzusznym). Podobne spostrzeżenia poczyniono przy sposobności pojawienia się cholery w Holandyi i obecnie w Tryeście. Wprawdzie i u tych roznosicieli krętki cholery według Pfeiffera nie utrzymują się dłużej, niż u ozdrowieńców (autorowie francuscy natomiast (Chantemesse[64]) przyjmują okres 6 tygodni do 6 miesięcy), jednak z powodu znaczniejszego odsetka »roznosicieli zdrowych« i z powodu wielkiej nieraz ilości wydzielanych przez nich krętków, zaznaczyli się oni w niejednej epidemii jako ważny czynnik. Oni to wyjaśniają nam »skoki« na znaczne nieraz odległości, jakie cholera wykazuje, i tłómaczą powstanie niejednego ogniska, w którem ani styczności z chorym, ani przeniesienia zapomocą przedmiotów przyjąć nie możemy. W ten sposób głównie powstały w r. 1892 drobne ogniska dookoła epidemii hamburskiej, tak samo i w pochodzeniu małej epidemii w Rotterdamie, jakoteż w Marsylii w r. 1910 rola roznosicieli była bardzo prawdopodobną.

Postępowanie zapobiegawcze w razie stwierdzenia roznosiciela cholery jest ściśle określone i polega na odosobnieniu roznosiciela na tak długo, aż kilkakrotne badanie bakteryologiczne udowodni, że dany osobnik jest już wolny od przecinkowców. Jeżeli w innych zakażeniach, np. nagminnem zapaleniu opon mózgowych lub w durze brzusznym, zarządzenie takie w obecnych warunkach przeprowadzić się nie da, to w cholerze musimy go wymagać stanowczo.

Z przedstawionego przeglądu widzimy, że badania ostatnich 10 lat dostarczyły sporo faktów, mozolnie uzbieranych, na poparcie istnienia i ocenienia zjawiska roznosicieli zaraz. Na podstawie niektórych np. danych, dotyczących cholery, zwalczanie chorób zakaźnych nabrało większej pewności, aniżeli dawniej; w innych chorobach, jak np. zakażeniu meningokokkowem, poznanie roznosicieli wyjaśniło przynajmniej sposób szerzenia się zakażenia. Na ogół jednak jeszcze dużo pozostaje do wyjaśnienia, przedewszystkiem zawsze jeszcze pożądane są ściśle obserwacye epidemiologiczne, poparte dokładnemi badaniami bakteryologicznemi, aby ostatecznie módz ocenić, w jakim stosunku w świeżo powstających zakażeniach roznosiciele odgrywają rolę źródła wzgl. pośrednika zakażenia. Niewątpliwie jednak, już wobec dzisiejszego materyału, profilaktyka z nimi liczyć się musi.

[63]) Klin. Jahrb. XVI. 1906.
[64]) Wedł. Boinet-Olmera l. c.

Oceny i sprawozdania.

Z c. k. Uniwersyteckiej kliniki okul. R. Dw. Prof. B. Wicherkiewicza w Krakowie.

Rola grzybów i promieniowców w okulistyce.

(Sprawozdanie poglądowe).

Podał
Dr Edmund Rosenhauch
asystent kliniki.

Do niedawna jeszcze uważano pleśnie i wogóle grzybki, znajdowane w worku spojówkowym, za przypadkowe zanieczyszczenia, nie liczono się z niemi niemal zupełnie, przypuszczając, że najczęściej dostają się one »per continuitatem« z jamy nosowej, drogą kanalików łzowych lub bezpośrednio z powietrza.

Zmiany w nosie, wywołane przez pleśnie, nie należą do rzadkości. Od czasu, kiedy Schubert znalazł obfite pokłady kropidlaka popielatego (aspergillus fumigatus) w nosie i gardle, ukazywały się częściej publikacye, przypisujące pleśniom znaczenie chorobotwórcze. Że z powietrzem wdychanem mogą się dostawać pleśnie do jamy nosowej, tego dowiodły badania Nielsa, który częściej u zwierząt, rzadziej u człowieka napotykał kropidlaka popielatego w nosie. Grzybek ten wywoływał tam lekkie zapalenie błony śluzowej. Pomimo tych spostrzeżeń wydaje się jednak prawdopodobniejsza droga zakażenia z worka spojówkowego. Przedewszystkiem bowiem znajdują się już w prawidłowym worku spojówkowym grzybki jako nieszkodliwe saprofity (Fick, Michel, Bach, Axenfeld, drożdże: Fick, Fortunati, Axenfeld i i., promieniowce: Michel, Cazalis, Bach, Gombert, Axenfeld). Zarodniki mogą ze łzami spłynąć do nosa. Droga ta wydaje się o tyle łatwiejsza, że nie trzeba przyjmować drogi przeciw prądowi łez. Chociaż trzeba jeszcze raz zaznaczyć, że z możliwością zakażenia oka z nosa drogą kanalików łzowych należy się liczyć.

Że pewne grzybki mogą działać niszcząco na tkankę żywą, tego dowiodły podstawowe badania Lebera (1879) i niebawem potem całego szeregu autorów. Przypadek Paltaufa, którego pleśniak (mucor) wywołał liczne przerzuty i doświadczalne badania Saxera wzmocniły naukę o chorobotwórczości grzybów.

Dawniej stosunkowo znane były zmiany chorobowe na tle grzybków, toczące się na powiekach, albowiem były one najczęściej ciągiem dalszym spraw, usadowionych w pobliżu oka, na głowie, nosie, policzku.

I tak odpowiada strupień woszczynowaty (favus) powiek, swym przebiegiem podobnym zmianom, gdziekolwiek indziej na skórze usadowionym. Rozpoznanie w samym początku jest trudne i niemal niemożliwe bez zbadania drobnowidowego. Przypadki tej zmiany, usadowionej tylko na powiekach, podali: Narkiewicz, Schiess-Gemuseus, Mc Hardy, Cuénod, Gloor, Schmidt-Rimpler, Libman, Derby, Pecoraro, Pergens, Treacher-Collins. W łuskach znaleziono grzybnie znanego grzybka »achorion Schönleinii«. Schmidt-Rimpler wyhodował nawet grzybki te na chlebie. Ellinger Cuénod i Gunning znaleźli w kilku przypadkach zwykłego zapalenia powiek w okolicy cebulek włosowych grzybki, podobne do achorion. Pecoraro natomiast sądzi, że w przypadkach prawdziwego strupnia woszczynowatego brzeg powiekowy niemal z reguły pozostaje wolny.

I liszaj wyłysiający (herpes tonsurans, trichophytiasis) przebiega na powiekach w zupełnie podobny sposób, jak na skórze nieowłosionej. Cartaz i Gailleton spostrzegali zmiany powiekowe w przebiegu tego cierpienia, toczącego się na policzku. Przypadek odmienny, ograniczony tylko do brzegu powiekowego, opisał Mibelli jako blepharitis trichophytica. Dalsze spostrzeżenia: Niclos i Hallopeau, Vörner, Szull. Axenfeldowi udało się z ogniska powiekowego wyhodować łatwo grzybki te na agarze, w po-

staci śnieżno białej grzybni, luźno ułożonej, jak pęczek waty.

Jessop opisuje przypadek pierwotnych pleśniawek (soor) u 3-letniej dziewczynki, której ojciec wylizał ranę skórną. Według Plauta powodują pleśniawki (soor) u królika, wszczepione w rogówkę, zmiany podobne do grzybicy rogówki (keratomycosis), a wprowadzone do przedniej komory, rozrastają się i sprawiają zniszczenie wnętrza gałki.

Typową promienicę, drobnowidowo stwierdzoną, spostrzegali na powiekach Partsch, Darier-Gautier, Dor i Ransom. Rozpoznanie jest dla okulistów dlatego ciekawe, że czasem napotyka się złogi wapniowe, czyto w powiekach, czy w kanalikach łzowych, których ułożenie promieniste na przekroju może naśladować promienicę, co mogło też czasem dać powód do niesłusznej nazwy tych tworów jako złogów grzybowych (Pilzkonkremente).

W końcu wspomnieć jeszcze należy o cierpieniu, opisanem przez Gilchrista pod mianem: »blastomycosis cutis«. Cierpienie rozpoczyna się drobnym guzkiem, który rosnąc przybiera barwę ciemnoczerwoną. W wyniosłości tej tworzą się drobne ropnie, które jednakże nie mają skłonności do wrzodnienia. Podczas gdy zmiana chorobowa postępuje, może równocześnie w miejscu pierwotnem goić się.

Autorowi udało się nawet ze zmian powiekowych otrzymać czystą hodowlę, wystającą nad powierzchnię pożywki grzybnię. Busse zalicza jednak grzybki te do grupy: oidia. Podobne przypadki opisali Montgomery, Wilder i Wood; były to przypadki obserwowane przeważnie w Ameryce. Rosenstein spostrzegał w Europie jeden taki przypadek, ale etyologia jego była niezupełnie jasną.

O ile zmiany chorobowe, wywołane przez grzybki na powiekach, nie przedstawiały nic szczególnego, to ze względu na siedzibę ciekawsze są przypadki grzybkowego schorzenia kanalików łzowych.

Wśród dolegliwości nieżytowych rozwija się zwolna zaczerwienienie i obrzęk w okolicy kanalika łzowego i to najczęściej dolnego. Z przeszło 50, dotąd ogłoszonych przypadków tylko 4 razy schorzenie dotyczyło górnej przewódki. Zazwyczaj obrzęk ten jest nieznaczny, można wyczuć podłużny dość twardy opór, schorzała przewódka jest rozszerzona, za uciskiem wydobywa się tylko czasem bardzo nieznaczna ilość zielonawo-szarej lub zielonawo-żółtej ropy. Czasem jednakowoż obrzęk dochodzi do wielkości orzecha laskowego. Dalsze drogi łzowe nie zawsze są zamknięte. Nigdy nie zauważono dotąd przebicia lub zniszczenia skóry; cierpienie ciągnie się miesiącami, obrzęk wzmaga się powoli. Czy sprawa może sama się wyleczyć, trudno powiedzieć, albowiem wszystkie dotąd spostrzegane przypadki wyleczono trwale i w krótkim czasie zapomocą nacięcia przewódki. Po takiem nacięciu wydobywa się zazwyczaj natychmiast, czasem dopiero po lekkiem naciśnięciu miazga, niekiedy składająca się z drobnych grudek. Grudki te zwykle nie mają żadnej łączności z nabłonkiem i dają się bez wszelkiej trudności z przewódki usunąć. Wyjątek pod tym względem stanowił przypadek Schrödera. Ilość wydobytych grudek bywała różna. Wielkość tej masy waha się od wielkości ziarnka prosa do ziarna fasoli. Powierzchnia bywa zazwyczaj lekko nierówna, porozpadana, o woskowym połysku, barwy zielonawo-szarej, czasem z przymieszką odcienia żółtego. Twory te zazwyczaj dość kruche, bywają niekiedy tak twarde, iż trudno jest grudki rozdzielić; barwa ich jest wówczas ciemniejszą i brązową. Są to grudki, które w kanalikach przebywały bardzo długo. W kilku przypadkach były one zwapniałe (Graefe, Gruning), wreszcie może zwapnienie tak daleko postąpić, że grzybki zupełnie obumierają (Snegirew, Capellini). Ale i wówczas bywa widoczna na przekroju wyraźna budowa drzewkowata i promienista, co przemawia za układaniem się kryształków na promienisto zbudowanem organicznem podłożu.

W ostatnich latach ukazały się liczne prace, zajmujące się schorzeniem dróg łzowych na tle grzybków lub promieniowców. (Desmarres, Graefe, Förster, Narkiewicz-Jodko, Schirmer, del Monte, Gruening, Bugier, Hirschler, Haase, Higgens, Camuset, Goldzieher, Reuss, Bajardi, Leplat, Grünhut, Schröder, Huth, Elschnig, Stiehl, Mitvalsky, Kastalsky, Dunn, Lange, Ewetzky, Robert, Terson, Guibert, Silberschmidt, van der Stracten, Hischberg, Segelken, Dalén, Cahn, Axenfeld, Awerbach, Cannas, Snegirew, Nedden, Kipp, Blessig, Hosch, Guillemin, Morax, Lagrange, Capellini, Löwenstein). Badanie złogów znajdowanych w przewódkach łzowych wykazało, że składają się one z tworów nitkowatych i kuleczek drobnych, tworów, które bądź za streptothrix, bądź za włoskowca (leptothrix) bądź wreszcie za promieniowce (actinomyces) uważano.

Hodowlę udało się jednak otrzymać tylko Silberschmidtowi, Axenfeldowi, Dalenowi, Cahnowi, Neddenowi, Moraxowi i Blessigowi, przyczem się okazało, że bezpowietrzne hodowle dały najlepsze wyniki. W ostatnich czasach udało się także otrzymać hodowlę Awerbachowi. Zauważył on w miazdze, wyciśniętej z kanalików, grudki, składające się z drobnych laseczek, na końcach maczugowato zgrubiałych, które układały się promienisto. Kilkakrotnie zauważył podział dichotomiczny. Ze wszystkich założonych hodowli, 3 tylko dały wynik dodatni. Były to hodowle bulionowe. Na podstawie preparatów i hodowli uważa Awerbach twory te za promieniowce.

Awerbach przedsięwziął szereg doświadczeń na zwierzętach. Promieniowce wyhodowane wywoływały pod skórą brzucha u morskiej świnki ropnie. Wśródotrzewne wstrzyknięcie u myszy wywoływało śmierć zwierzęcia w przeciągu 8 dni; w gruczole krezkowym i w guzie przylegającym do wątroby stwierdził autor »typową tkankę promieniczą«. U innej morskiej świnki, szczepionej podskórnie, wykazała sekcya po 3 dniach otorbiony ropień, a w nim typowe promieniowce.

Na spojówce znajdowano wprawdzie kilkakrotnie grzybki i promieniowce, ale, jak już wyżej zaznaczyłem, były one tam raczej saprofitami. Wiadomości nasze o grzybicy lub promienicy spojówki są bardzo skąpe. Dotąd znane są ogółem zaledwie 3 przypadki, wszystkie o przebiegu łagodnym.

Pichler napotkał pleśniawki w przypadku zapalenia spojówki z błonami wrzekomemi, lecz obok łańcuszkowców i dwuprątków, co przemawiałoby raczej za saprofityczną rolą tego grzybka we wspomnianym przypadku. Liegard i Landrien spostrzegali u 62-letniego mężczyzny zapalenie spojówki, podobne do nieżytu dwuprątkowego. Leczenie było bardzo długie, bezskuteczne. Pinox, który badał bakteryologicznie wydzielinę worka spojówkowego z tego przypadku, zalicza znalezione mikroby do klasy »streptothrix Cohnii«, a mianowicie do grupy »nocardia«. Trzeci bardzo łagodnie przebiegający przypadek spostrzegał Rosenhauch u wieśniaczki, skarżącej się na uczucie piasku pod powiekami. Badanie nalotu na spojówce górnej powieki wykazało twory nitkowate, których hodowlę Namysłowski dokładnie zbadał i określił jako »actinomyces albus« (gatunek zbiorowy w pojęciu Berestneffa).

Najdokładniej stosunkowo zbadane i opisane są zmiany, występujące pod wpływem grzybków i promieniowców na rogówce. Dokładną znajomość tego schorzenia zawdzięczamy Leberowi, ktory je w swych doświadczeniach na rogówce królika szczegółowo zbadał i opisał. Przekonał się on mianowicie, że zarodniki kropidlaka popielatego, wprowadzone do kieszonki rogówkowej, wytworzonej przez nacięcie, wywołują obumarcie tkanki w sąsiedztwie i że na obwodzie obumarłej tkanki tworzy się zbity wał nacieku: miejsce wnikania grzybków. Zmartwiała, przerośnięta grzybkami tkanka bywa następnie w całości, jak martwak, wydaloną. Spostrzeżenia wielu autorów potwierdziły w następstwie przypadki Lebera (Fuchs, Uhthoff, Axenfeld, Schirmer, Markow, Gentillini, Wicherkiewicz, Osterroth i. i.). Wszyscy ci autorowie uważają za znamienną cechę grzybicy rogówki, wypuklenie i suchość ogniska chorobowego,

rynienkę odgraniczającą to ognisko od tkanki zdrowej i następne martwakowe oddzielenie obumarłej tkanki.

Grzybica rogówki zdaje się nie należeć do zbyt rzadkich schorzeń oka i zdaniem Axenfelda możnaby się z nią daleko częściej spotykać, gdyby się tylko dokładniej odpowiednie przypadki badało bakteryologicznie. Często bowiem grzybki te rosną lepiej bez przystępu powietrza.

Dotąd ogłoszono przeszło 20 przypadków grzybicy i promienicy rogówki. Prócz wyżej już wymienionych, należy wspomnieć jeszcze następujące nazwiska: Schirmer, Basso, Colomb, Ball, Kayser, Ellet, Johnson, Feruglio, Buchanan, Martin, Zade, Issakowicz, Heibrun, Marx, Morax, de Berardinis, Nedden, Rosenhauch, Löwenstein.

Rodzaje i odmiany grzybków były następujące: aspergillus fumigatus w przeważnej liczbie przypadków, mucor mucedo (Bono, Ball), verticilium Grafii (Morax) v. rubrum (Baquis et Cardone), penicilium glaucum (Wicherkiewicz), drożdże różowe (Lundsgaard, Stoewer); promieniowców (actinomyces): de Berardinis - Namysłowski (de Berardinis), actin. zur Neddeni-Namysłowski (zur Nedden), actin. radiatus Namysłowski (Rosenhauch), actin. cerebriformis Namysłowski (Rosenhauch), actin. roseus Namysłowski (Löwenstein), actin. albus acidus Neukirch (Rosenhauch).

Co się tyczy przebiegu klinicznego grzybicy rogówki, to spostrzegano przeważnie dwa typy:

Typ a): Zakażenie przebiega podobnie do ropnych zapaleń rogówki z ropą w komórce przedniej (hypopyon). Jest to typ cięższy, oporny leczeniu, gorszy w skutkach, bo wiodący zazwyczaj do bielma rogówki na znacznej przestrzeni i rzecz naturalna do bardzo znacznego upośledzenia bystrości wzroku (Fuchs, Heilbrun, Wicherkiewicz, Löwenstein i. i.).

Typ b) jest daleko łagodniejszy, przebiega pod postacią zapalenia pryszczykowego, często z powierzchownemi naczyniami, jakby łuszczka (Issakowitz) lub na podobieństwo t. zw. miotełkowatego zapalenia rogówki (keratitis fascicularis) (Johnson, Uhthoff-Axenfeld, Kayser, Martin, Marx). Postać ostatnia przebiega wśród nieznacznych tylko objawów zapalnych i goi się szybko po usunięciu ogniska martwiczego, co się daje łatwo wykonać zapomocą igiełki platynowej *).

Najczęściej powodem usadowienia się grzybków w rogówce jest uraz; w wielu przypadkach wywiady wprost wspominają o urazie; w wielu znaleziono nawet w owrzodzeniu tkwiące ciało obce wsród mas bujającego grzybka. Innym razem są chorzy tak nieudolni, że nie można od nich wydobyć żadnych danych o początku owrzodzenia. Inni wreszcie o urazie nie wspominają, gdyż mógł on być tak nieznaczny, że uszedł ich uwagi.

Z doświadczalnych prac prócz wyżej wspomnianej Lebera, uwzględnić należy prace Halberstmy, który otrzymał wynik dodatni po wszczepieniu w rogówkę królika odmiany kropidlaka (asperg. flavescens.), Rolleta i Auranda, którzy podobną własność stwierdzili co do kropidlaka czarnego (a. niger), fig. (a. ficuum), Wencyusza (a. Wentii), w słabszym stopniu co do kropidlaka białego (a. candidus). Inne odmiany kropidlaków (a. glaucus, ostianus, minimus, clavatus, varians, novus) okazały się dla rogówki króliczej obojętnemi (Rollet i Aurand). Buchanan sądzi, że grzybek penicilium glaucum może wywoływać zmiany chorobowe w rógówce. Dziwną wydaje się rzadkość grzybicy rogówkowej w stosunku do rozpowszechnienia kropidlaka. Tłomaczy się to jednak tem, że grzybek ten wtedy tylko rozwija się w rogówce, jeśli się go wetrze silnie w miąższ rogówki, lub gdy się wraz z ciałem obcem w głąb rogówki dostanie, podczas gdy zresztą tylko z trudnością utrzyma się na drobnych ubytkach w nabłonku.

Ciekawe spostrzeżenia podają Lundsgaard i Stoewer, którzy wyhodowali z owrzodzenia rogówki z ropą w przedniej komorze drożdże różowe. Drożdże te rosły zrazu w temperaturze cieplarki, tworząc grudki (podobne do ziarenek w tęczówce w doświadczeniach Stoewera), z których nawet po tygodniach można było drożdże wyhodować. W ciałku szklistem tworzyły się białe błony. W rogówce królika powstało szybko gojące się łagodne zapalenie bez nagromadzenia ropy w komórce przedniej. Po wielokrotnem przeszczepianiu optimum ciepłoty dla wzrostu tych drożdży obniżało się (Lundsgaard), a ich własności zbliżały się coraz bardziej do typu drożdży niechorobotwórczych.

Osobno musimy zdać sprawę z przypadków promienicy rogówki. Znanych dotąd jest ogółem 6 przypadków: 1 de Berardinisa, 1 Neddena, 3 Rosenhaucha i Namysłowskiego i 1 Löwensteina.

Promienica ma dwa typy przebiegu klinicznego, podobnie jak grzybica. Postać uporczywszą, niebezpieczniejszą ze względu na skutki, jakie wywołuje, przedstawiają przypadki Neddena, Berardinisa, Löwensteina, oraz nasz przypadek trzeci, dwa pierwsze z naszych spostrzeżeń przedstawiają postać łagodniejszą.

Nedden ogłosił przypadek owrzodzenia rogówki »z niewiadomego powodu,« jaki spostrzegał u 6-letniego dziecka. Owrzodzenie łączyło się z wysiękiem ropnym do przedniej komory, a na pożywkach udało się autorowi wyhodować »streptothrix« *). Grzybek ten, wstrzyknięty wśródotrzewnie lub wprowadzony na rogówkę, nie wywoływał żadnych widocznych zmian chorobowych. Natomiast wstrzyknięty w roztworze fizyologicznym soli kuchennej w miąższ rogówki, wywoływał szybko rozszerzające się owrzodzenie, a w przedniej komorze gromadzenie się ropy.

W przypadku Berardinisa były powierzchowne owrzodzenia rogówki. Doświadczalnie udało się autorowi otrzymać zapomocą wyhodowanych promieniowców podobne ubytki na rogówce królika.

W przypadku Löwensteina **) promieniowce wnikały w miąższ rogówki, wywołując schorzenie wnętrza gałki. Sprawa zapalna uspokoiła się dopiero po doszczętnem zniszczeniu całego nacieklego brzegu owrzodzenia zapomocą przyżegacza elektrycznego. Owrzodzenie rozwinęło się po urazie. Doświadczenia dały wynik ujemny. W naszym przypadku trzecim prawdopodobnie również uraz był czynnikiem wywołującym owrzodzenie. Po wyskrobaniu pozostało dość znaczne bielmo.

Wyhodowane grzybki skwalifikował Namysłowski jako actinomyces albus acidus Neukirch. Doświadczenia z wprowadzeniem tego promieniowca do przedniej komory oka morskiej świnki dały wynik dodatni.

O wiele łagodniejszą pod względem przebiegu postać stanowią dwa pierwsze nasze przypadki. Występowały one w postaci t. zw. miotełkowatego zapalenia rogówki (keratitis fascicularis), podobnie jak wyżej opisane przypadki grzybicy rogówki Johnsona, Uhthoffa-Axenfelda, Kaysera, Martina i Marxa. Wyhodowałem z przypadków tych dwie odmiany promieniowców, które Namysłowski dokładnie zbadał i określił jako dotychczas nie opisane gatunki: actinomyces radiatus Namysłowski i actinomyces cerebriformis Namysłowski. Po łatwem usunięciu nacieku okrągławego z rogówki zapomocą igiełki platynowej sprawa szybko się zagoiła. Doświadczalnie udało się zapomocą wyhodowanych promieniowców otrzymać drobne powierzchowne owrzodzenia rogówki, lecz mikroby wkrótce ginęły, a owrzodzenie szybko się zabliźniało. Inny natomiast był przebieg po wprowadzeniu tych promieniowców do przedniej komory. Szybko występowały objawy silnego zapalenia, rogówka

*) Morax opisuje grzybicę rogówki (verticilium Grafii) w postaci owrzodzenia z hypopyon. Powierzchnię wrzodu pokrywała błonka, łatwo dająca się ściągnąć.

*) Namysłowski rozpoznaje na podstawie opisu Neddena jego streptothrix jako actinomyces zur Neddeni, a streptothrix de Berardinisa, jako Actinomyces de Berardinis.

**) Namysłowski opisuje promieniowca Löwensteina jako actinomyces roseus.

ulegała zmętnieniu, ropa gromadziła się w przedniej komórce, a raz nawet nastąpiło zapalenie całej gałki.

Jak widzimy, zakażenia rogówki promieniowcami przebiegają podobnie do grzybicy rogówki. Tak tam, jak i tu, mamy postacie cięższe i łagodniejsze. Tak tam, jak i tu, najczęściej uraz jest czynnikiem wywołującym ubytek. Drobnoustrój przylepiony do ciała obcego wnika wraz z niem w głąb tkanki i następnie tam się rozwija.

Postać łagodniejsza grzybicy i promienicy rogówki może przy badaniu gołem okiem nasunąć pewne wątpliwości i pomyłki rozpoznawcze, jednakże pewne szczegóły pozwalają nam bez badania drobnowidowego odróżnić te rzadsze schorzenia rogówki od cierpienia zołzowego, znanego pod mianem miotełkowatego zapalenia rogówki (keratitis fascicularis).

Grzybica i promienica rogówki wyglądają bowiem matowo *), nie lśnią się tak, jak zapalenia zołzowe; nadto zazwyczaj jest tylko część rogówki zajęta, reszta pozostaje zwykle lśniąca, gładka, a rąbek rogówkowy nie jest zgrubiały, przytem podrażnienie gałki jest zwykle ograniczone, nie odnosi się do całej spojówki, brak też przy promienicy i grzybicy owego łuku szarego, oznaki postępu pryszczyka. Inaczej przy zołzowem zapaleniu miotełkowatem: rąbek często bywa zgrubiały, gdyż zwykle są inne drobne pryszczyki przy rąbku, istnieje łuk szarawy, postępujący, spojówka bywa bardziej podrażniona (nastrzykanie rzęskowe), łzawienie zazwyczaj znaczne. Skoro zapalenie zołzowe minie, pozostaje w miejscu pasemka naczyń, zdążających w rogówce do pryszczyka, pasemkowate zmętnienie — dowód, że część tkanki rogówkowej uległa zniszczeniu, a jej miejsce zajęła nowo-wytworzona tkanka bliznowata.

Łagodniejsza postać grzybicy i promienicy rogówki jest schorzeniem powierzchownem. Naczynia, zdążające do zajętego ogniska, biegną po powierzchni rogówki. Po ustąpieniu cierpienia, skoro naczynia zanikną, nie wytwarza się w miejscu ich przebiegu blizna, rogówka wraca tu do prawidłowej przeźroczystości, plama pozostaje tylko czasem, i to w miejscu, w którem było ognisko chorobowe, zajęte przez grzybki.

Zakażenie grzybkami twardówki z częściowem obumarciem jej tkanki opisał Koellner z kliniki Michla. I w tym przypadku wytworzył się martwak (sequester). Rodzaju grzyba nie mógł autor oznaczyć. Również jedynem spostrzeżeniem prosówkowej promienicy naczyniówki jest przypadek Müllera. W gruzełkowatych ogniskach nie można było jednak z pewnością rozpoznać promieniowców.

U człowieka opisano kilka przypadków zakażenia ciałka szklistego grzybkami. W 3 przypadkach znaleziono kropidlaka popielatego (Leber, Nobbe, Römer), w czwartym rozpoznanie było niepewne (Kampherstein). We wszystkich tych przypadkach obumarła tkanka w sąsiedztwie grzybni, otoczonej naciekiem ropnym. Leber, Nobbe, Rollet i Aurand uzyskali podobne wyniki przez doświadczalne wprowadzanie grzybków do ciałka szklistego.

Ciekawe spostrzeżenia podaje Best. W obu oczach młodego kosa, w ciałku szklistem, w siatkówce, naczyniówce, przedniej komorze, w twardówce były gęste sploty grzybni. Określenia gatunku brak. Best przypuszcza, że przyczyną tego zakażenia były zranienia, prawdopodobnie zadane dziobem. Wspomina też, że i w drodze doświadczalnej zarodniki kropidlaka, wprowadzone do krwi, często usadawiają się w oku.

Promienicę oczodołu opisali dotąd Partsch, Ransom, Darier i Gauthier, Coppez i Depage, Vossius, Koch, Axenfeld, Weeks i Zahn. Zasadnicze cechy opisanych przypadków były podobne. W przypadku Zahna rozpoznanie było łatwe: wcześnie występujący szczękościsk, gruby, deskowato twardy naciek skóry i mięśni w okolicy policzka i skroni, obfitość grudek (Druse) w ropie wydzielającej się z przetok, nie pozostawiały wątpliwości co do przyrody sprawy. W wątpliwych przypadkach rozstrzygnie drobnowid i hodowla.

Z powyższego przedstawienia sprawy wynika, że o chorobotwórczem działaniu grzybów i promieniowców na oko nie można chyba wątpić. Widzieliśmy, że wywołują one zmiany chorobowe na powiekach, widzieliśmy, że wnikają w przewódki łzowe, że tworzą tam grudki zbite, nieraz dość duże, które nietylko tamują drogi odpływowe i wywołują zastój łez, ale drażnią jako ciała obce ściany nabłonkowe, sprawiając zapalenie błony śluzowej. Widzieliśmy dalej, jak zgubne skutki wywierają na rogówkę, tworząc rozległe owrzodzenia ropne, doprowadzają do znacznego bielma i upośledzają trwale sprawność oka. Niema niemal części składowej oka, gdzieby ich nie napotkano, gdzieby nie dostrzeżono ich niszczącego działania: w naczyniówce, ciałku szklistem, siatkówce. Do najcięższych należą wreszcie zmiany oczodołu, gdyż te nietylko zagrażają oku samemu, ale nawet życiu.

A jeśli nie we wszystkich przypadkach udało się stwierdzić bezpośrednio chorobotwórczość tych grzybków, jeśli nawet w wielu przypadkach nie dostrzeżono wnikania ich w tkankę, — musi się im jednakże przyznać znaczenie chorobotwórcze. Sama obecność powiększającego się ciała obcego wystarcza do wywołania zapalenia. A jeśli w końcu z wszelkiemi zastrzeżeniami wspomnimy o możliwości wytwarzania pewnych jadów w jakiejkolwiekbądź postaci, czego dotąd stanowczo nie wykluczono, musimy grzyby uważać za etyologiczny czynnik niejednego schorzenia narządu wzrokowego.

JWPanu Radcy dw. Prof. Drowi B. Wicherkiewiczowi składam serdeczne podziękowanie za zachętę do napisania niniejszego artykułu i odstąpienie przypadków do ogłoszenia.

Piśmiennictwo: 1) Awerbach: Ophtalm. Klin. 1903 Nr 2.— 2) Axenfeld: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1901, I, p. 82. — 3) Tenże: Deutsch. med. W. 1902. — 4) Tenże: Bakteriologie in der Augenh. Jena. G. Fischer. 1907. — 5) Bajardi: Jubiläumsschrift f. Spirino 1884. — 6) Baquis: Annali di ottalmol. 1905. XXXIV. — 7) de Berardinis: Annali di ottalmologia. Pavia 1904.— 8) Best: Deutsch. med. Woch. 1905. — 9) Blessig: 31. Verh. d. ophth. Ges. Heidelberg 1903. 10) Bugier: Ref. Nagels Jahresber. 1874, p. 527. — 11) Busse: Kolle-Wassermann. 1903 T. I. — 12) Cahn: Inaug. Dissert. Freiburg 1903. — 13) Camuset: Ref. Zentralbl. f. Augenh. 1882. — 14) Cannas: Annali di ottalm. 1902, XXXI, p. 606. — 15) Capellini: Bericht über die XVII. Vers. d. ital. ophth. Ges. Neapel 1905. — 16) Cartaz: Lyon médical. 1870. m. 2. — 17) Coppez i Depage: Journ. méd. de Bruxelles 1903. — 18) Dalen: Mitteil. aus d. Augenklin. d. Carolin. medico. chir. Instituts. Stockholm. 7. Widmark 1902. — 19) Darier-Gautier: Annal. de dermat. et syphil. 1891. p. 449. — 20) Tenże: Journ. méd. de Bruxelles. 1902. — 21) Derby: Transaction of the Americ. ophth. soc. 1906. — 22) Desmarres: Annal. d'ocul. 1843, t. VII. i VIII. — 23) Dor: Gazette hebdom. 1895. Nr 4. — 24) Dunn: Arch. f. Augenh. (wyd. angielskie), 1898, XXXVII, p. 274. — 25) Elschnig: Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1895. p. 188. — 26) Ewetzky: Arch. d'ophth. 1896. p. 209. — 27) Feruglio: Annali di ottalm. 1910. XXXIX. p. 381. — 28) Förster: Arch. f. Ophth. XV. 1869, 1, p. 318. — 29) Fuchs: Wien. klin. Wochenschrift 1894. — 30) Gailleton: Gazette hebdomadaire. 1889. 21 czerwiec. — 31) Gilchrist: John Hopkins Hosp. Rep. 1896. Vol. 1, cyt. według Axenfelda. — 32) Gloor: Arch. f. Augenh. 1898. XXXVII. — 33) Goldzieher: Zentralbl. f. Augenh. 1884, p. 33. — 34) Graefe: Arch. f. Ophth. 1854, I, p. 284; 1855, II, p. 224; 1869, XV, 1, p. 324. — 35) Gruening: Arch. f. Augenh. 1873, p. 164. — 36) Grünhut: Prager med. Woch. 1888, Nr 23. — 37) Guibert: La clin. ophth. 1902, III. — 38) Guillemin: Thèse de Lyon. 1904. — 39) Mc Hardy: Lancet. 1885. March. — 40) Hasse: Arch. f. Augenh. 1879, t. VIII, p. 219. — 41) Heilbrun: Klin. Monatsbl. f. Aug. 1911. październ. — 42) Higgens: Brit. med. Journ. 1879. październ. — 43) Hirschberg: Zentralbl. f. Augenh. 1902, p. 7. — 44) Hirschler: Ref. Nagels Jahresber. 1873. — 45) Hosch: Arch. f. Augenh. 49. 1904, p. 215. — 46) Huth: Zentralbl. f. prakt. Augenh. 1874,

*) Pochodzi to od delikatnego białawego nalotu, złożonego z gęstej siateczki nitek.

kwiecień. — 47) Issakowitz: Klin. Monatbl. f. Augenh. Beilagsheft XLVII. Festschrift f. H. Schmidt-Rimpler. — 48) Jessop: Transactions of the ophth. Soc. London 1895, p. 48. — 49) Kampherstein: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1993. XLI. I. — 50) Kastalski: Deutschmanns Beiträge. 1898, zeszyt 30. — 51) Kipp: Arch. f. Augenh. 49, p. 236, 1904. — 52) Koch: Ref. Ophth. Klinik. 1904, p. 299. — 53) Köllner: Zeitschrift f. Aug. XVI, 5. p. 441. — 54) Loewenstein: Klin. Monatsbl. f. Aug. XLVII, 1909, luty. — 55) Tenże: Klin. Monatsbl. f. Aug. XLVIII. 185.— 56) Lagrange: Referat Recueil d'ophth. 1905. p. 551. — 57) Lange: Opht. Klinik. 1897, Nr 3. — 58) Leplat: Annal. de la soc. médico-chirurg. de Liège, 1885. — 59) Libman: Arch. of Ophth. 1887, t. V. — 60) Liegard i Landrieux: Klin. Monatsbl. 7. A. 1911, p. 670. — 61) Marx: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1911, p. 361. — 62) Mibelli: Annali di ottalm. XXIII. 1894. — 63) Mitvalski: Arch. d'Ophth. 1898, p. 508. — 64) Morax: Annal. d'oculist. T. 144, p. 323. — 65) Tenże: Societé d'ophth. de Paris, 11. X. 1904. — 66) Markow: Ref. Arch. f. Augenh. XLII. 3. str. 122. — 67) Del Monte: Ref. Nagels Jahresber. 1872. p. 434. — 68) Montgomery: Journal of the Amer. med. Assoc. 1902. — 69) Müller: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1903. XLI. 1.— 70) Namysłowski: Postęp okul. 1910. 3. i Bul. Intern. de l'Acad. de Sc. Cracovie. 1909. — 71) Tenże: Zentralbl. f. Bakt. 1912. t. 62. p. 7. — 72) Narkiewicz-Jodko: Klin. Monatsbl. f. Augenh. VIII. 1870, p. 78. — 73) Nedden: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1903, XLI. — 74) Niel: cyt. wedł. Intern. Zentralbl. f. Laryng, Rhinol u. verw. Wiss. 1900, p. 332. — 75) Niclos i Hallopeau: Médecine moderne 1895. — 76) Partsch: Zentralbl. f. Augenh. 1893. p. 161. — 77) Paltauf: Virch. Arch. 1885. t. 102. — 78) Pecoraro: Archivo di ottalm. XI. 1904. — 79) Pergens: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1897. t. XXXV. — 80) Pichler: Beitr. z. Aug. 1896. 24. — 81) Plaut: Kolle-Wassermann. t. I, 1903. — 82) Ramson: Brit. med. Journ. 1896. — 83) Reuss: Wiener med. Presse. 1884, Nr 7 i 8. — 84) Robert: Thèse de Paris. 1899.— 85) Rollet et Aurand: Revue génèral. d'ophthalm. XXIV. p. 530. — 86) Rosenhauch: Postęp okul. 1910. 2. — 87) Tenże: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1910. XLVIII. — 88) Saxer: Pneumomykosis asperg. Jena 1900 G. Fischer. — 89) Schirmer: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1871, IX, p. 248. — 90) Segelken: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1902, II. p. 134. — 91) Schiess-Gemuseus: Klin. Monatsbl. f. Augenh. XI. 1873. — 92) Silberschmidt: Zentralbl. f. Bakt. 1900, XXVII. — 93) Schmidt-Rimpler: Deutsche med. Woch. 1902. Nr 2. — 94) Snell: Ophthalmic Reviev. 1902.— 95) Snegirew: Ophth. Klin. 1903, Nr 2. — 96) Schröder: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1894, p. 101. — 97) Van d. Straeten: Centralbl. f. Augenh. 1900, p. 51. — 98) Stiehl: Münch. med. Wochenschr. 1895, p. 227. — 99) P. Schubert: Deutsches Arch. f. klin. Med. 1885, p. 162. — 100) Terson: La clin. ophth. 1901. — 101) Treacher-Collins: Trasact. of the Amer. ophth. Soc. 1903. — 102) Vörner: Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1901, p. 871. — 103) Vossius: Ophth. Congr. Heidelberg. 1902. — 104) Weeks: New York Eye and Ear Infimary. Rep. 1897, styczeń. — 105) Wilder: Journ. of the Amer. med. Assoc. 1904. — 106) Wood: Annals of Opht. 1904. — 107) M. Lado: Graefes Arch. f. Ophth. LXV. 3. p. 417.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe przyrządy. 1) Przyrząd do uśpienia pod zwiększonem ciśnieniem podał Steinmann (Münch. med. Woch. Nr 25). 2) Agrafki aluminiowe, zakładane w miejsce podwiązek na krwawiące naczynia zapomocą specyalnych szczypców, podał Schepelmann. Oddają one cenne usługi przy operacyach w głębi, przy stwardnieniu tętnic, przy naczyniach na kości leżących i t. p. (Zbl. f. Chir. Nr 23). 3) Klamry do leczenia ambulatoryjnego złamań kości (modyf. Kaefera) podał Hackenbruch (Münch. med. Wochenschr. Nr 27).

Podobne skutki, jak zapomocą promieni röntgenowskich, osiąga Werner przez wstrzykiwania choliny i różnych jej połączeń. Osiągał przytem przy nieoperacyjnych nowotworach tak samo dobre skutki, jak przez naświetlanie. (Med. Kl. Nr 28). A.

Przy rakach przełyku wywołujących zwężenie i bóle zaleca Liebermeister podawać co godzinę łyżkę: »Rp. Perhydrol 3,0, Aq. dest. 100,0«. Nieraz przez to uzyskuje się, wprawdzie chwilowy, ale znakomity skutek, t. j. drożność przełyku, przybytek na wadze, poprawę podmiotową i t. p. A.

Celem wstrzymania ostrego nieżytu nosa, n. p. przed zamierzoną operacyą, tak u operatora, jak i u chorego, zaleca Sick aspirynę. (Münch. med. Woch. Nr 29). A.

Ciekawą statystykę raka z Pensylwanii podano niedawno. Z raków zewnętrznych nadawało się do operacyi zaledwie 48%, z zaś z raków głębszych 68% (New York med. Jornal 1912, str. 999). Zwykle podawali chorzy, że cierpią od 14—18 miesięcy. W 13 przypadkach lekarze nie rozpoznali raka. Przy raku żołądka procent ten przypadków nierozpoznanych wynosi 20%. X.

Kąpiele z jałowego piasku przy ranach zakażonych zaleca Thies (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 115. I. II.) A.

Jako środek zapobiegający zakażeniom przy operacyach zaleca Fergusson ławatywy z oliwy w ilości około 170 gm. (New York med. Journ. 1912 V.) A.

Do odkażania rąk zaleca Tophanel prosty a pewny sposób: posmarowanie nalewką jodową i następowe odbarwienie siarczanem sodowym (natrium bisulph). Przytem ręka nie poci się potem zupełnie do 1½ godziny. (Ac. d. Scienc. VI. 1912). A.

Po przyrządzeniu katgutu jodowego zaleca Voigt włożyć go na 14 dni do rozczynu 5% garbnika w 50% alkoholu, a to celem zniesienia wessalności jodu z nitek do ustroju (Archiv. für klin. Chir. 98 l.). K.

Noviform, przetwór bizmutu i brenckatechiny z bromem, zachwala Borowansky jako zasypkę w miejsce jodoformu. (Med. Klin. Nr 24). A.

Przy bolesnych rozpadlinach odbytu zaleca Fath kąpiel nasiadową po oddaniu stolca, a potem zasypanie rozpadlin (w ułożeniu na czworakach) proszkiem azotanu bizmutu (b. subnitricum). (Münch. med. Woch. Nr 35) A.

Jako maść do cewników jałową, a rozpuszczalną we wodzie, zaleca Czaplewski quantesol, składający się z gliceryny, tragakanty z dodatkiem chlorku i oksycyanatu. (Deutsch. med. Woch. 1912 Nr 33). A.

Do leczenia niemocy płciowej zaleca Lissmann wstrzykiwania nadoponowe 30 cm³ rozczynu soli kuchennej z dodatkiem 10 kropli 2% rozczynu yohimbiny. (Münch. med. Woch. Nr 24). A.

Przy przeroście sterczu, tam gdzie operować nie można, radzi Toppiner próbować naświetlania jąder promieniami Röntgena. (Deutsch. Zft. f. Chir. 115. V. II). A.

Przy dużych bąblowcach zaleca Franke po wypuszczeniu płynu napełnić pęcherze 50—100 gr 5% formaliny z gliceryną lub 150—300 gr ½—1% formaliny wodnej, tak by mogła ona zadziałać około 5 minut. Potem wyciera się nią dobrze ściany pęcherzy bąblowca, wypuszcza, worek się zaszywa i sączkuje z małego otworu. Zastępuje to trudne nieraz wyłuszczanie torbieli. (Zbl. f. Chir. Nr 29). K.

W chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc nie jest Sorgo zbyt gorącym zwolennikiem leczenia torakoplastyką, względnie sztuczną odmą piersiową. Odmę sztuczną udaje się wykonać zaledwo w ¼ przypadków, albowiem zwykle zrosty stoją na przeszkodzie. Stosować można to leczenie podług S. prawie wyłącznie przy sprawach jednostronnych, albowiem leczenie odmą może właśnie w drugiem płucu stworzyć złe warunki gojenia się sprawy. Bardzo często powoduje leczenie odmą spadek wagi ciała, co również usposabia do dalszego rozszerzania się sprawy gruźliczej. Dlatego też S. prócz spraw jednostronnych przeznacza do leczenia odmą tylko jeszcze takie, przy których w drugiem płucu znajdują się tylko zmiany w samym szczycie i to w mniejszym stopniu (Wien. klin. Woch. 1912 Nr 34). A.

Przy silnych odmrożeniach palców zaleca Köhler celem zapobieżenia zgorzeli sposób Noeskego, t. j. poprze-

czne cięcie przez opuszkę (celem usunięcia zastoju żylnego) i zakładanie ssawek. (Tow. lek. Kilonia II. 1912). A.

Rozpuszczalną w wodzie aspirynę wyrabia firma Bayer. Jestto sól wapniowa zwykłej aspiryny i zawiera 90% aspiryny, 10% wapnia i trochę skrobi. Przetwór ten ma być mniej drażniącym od zwykłej aspiryny. (Deutsch. med. Woch. 1912 Nr 26). A.

Celem odzwyczajania od morfiny stosuje Fromme t. zw. przedłużone zamroczenie skopolaminowe. Morfiniści znoszą takie dawki skopolaminy, jakie dla innych ludzi byłyby groźne. Skopolamina łączy się z produktami morfiny we krwi i wywołując zamroczenie zobojętnia ich szkodliwe działanie przy odzwyczajaniu się, a chory budzi się już bez głodu morfinowego. Chorego należy umieścić w ciemnym pokoju, podawać mu mleko i wody alkaliczne. Zwykle wstrzykuje F. $1\frac{1}{2}$ ctgm na dobę. (Berl. klin. Woch. Nr 29). A.

O trzech przypadkach ślepoty po zażyciu 6—10,0 gr. chininy (zamiast sody) donosi Kulebjakin. Ślepota wystąpiła po 12 godzinach i trwała dwie doby, poczem przez dłuższy jeszcze czas pozostało pewne upośledzenie wzroku. Wziernikiem wykazano zwężenie naczyń. Leczenie: wstrzykiwania strychniny lub fibrolizyny (Wiestn. Oftalm. Nr 1) A.

Zatrucie ananasem spostrzegał w 3 przypadkach Monzels. Objawiało się ono kwaśnemi odbijaniami, silnem swędzeniem skóry, potem utratą przytomności, sinicą, pokrzywką, obrzękiem twarzy i osłabieniem serca. Niektórzy twierdzą, że zatrucie to właściwie nie pochodzi od owocu samego, lecz od tego, że owoce te kąsać mogą jadowite węże, skorpiony, pająki i t. p. Krajowcy jako odtrutkę podają odwar z kory ananasa. (Klin. ther. Woch. Nr 26). A.

U robotników w fabrykach mosiądzu, gdzie topi się cynk, występuje charakterystyczne cierpienie, które opisuje Kisskalt. Z początku przy wdychaniu par kaszel, potem w kilka godzin osłabienie, bóle krzyżów, dreszcze, gorączka do 40°, przyspieszenie tętna do 120, w końcu długi sen. Niektórzy robotnicy są odporni na pary cynkowe lub z czasem odporności tej nabywają. (Tow. lek. Królewiec. Maj). A.

Cegiełki (brykiety) **do odkażającego kadzenia** zaleca Meyer. Brykiety te (pod nazwą »euskol«) składają się z liści eukaliptusa i szpilek sosnowych. (Zeitschr. f. Hyg. 71. II.). A.

Przyspieszenie wzrostu kości osiągnął Haeger sztucznie w ten sposób, że u młodych królików wiercił dziurę w linii nasadowej i wprowadzał tamże różne plomby. Najszybciej rosła kość po wprowadzeniu fluorku wapnia. (Inaug. Diss. Greifswald). A.

Mleko kozie uważa Weber za bardzo dobre dla dzieci zamiast mleka kobiecego; ma ono skład podobniejszy do ludzkiego, niż krowie, bardzo rzadko zawiera w sobie prątki gruźlicze i w miesiącach letnich można je dostać w obfitości. Należy jednak kozę chować odpowiednio, puszczać na zdrową słoneczną paszę, pomieścić ją w dobrej stajni i t. p. (Münch. med. Woch. Nr 23). A.

Mleko kobiece można konserwować podług Peisera w ten sposób przez długi czas, że po odciągnięciu z piersi dodaje się do niego nadtlenek wapnia i perhydrol i ogrzewa się na łaźni wodnej (50°) pół godziny. Gdy odczyn w czasie przechowywania staje się obojętny, dodaje się znowu perhydrolu. Mleko przechowywane działać ma przy niestrawności osesków nawet lepiej od świeżego. (Tow. med. wew. i dziec. Berlin VI. 1912). A.

Odczyn Pirqueta wykonał Hollensen w licznych przypadkach gruźlicy chirurgicznej i przekonał się, że silny odczyn pozwala wogóle, a zwłaszcza w początkach choroby, dobrze rokować, natomiast brak odczynu bardzo źle świadczy o stanie zdrowia; wzmaganie się stałe dowodzi rozsiewania się sprawy chorobowej. (Deutsch. Zft. f. Chir. 115. V. VI.) A.

Przy porażeniu słonecznem, mianowicie w ciężkiej formie, zalecają Gastinel i Meaux Saint-Mare nakłucie lędźwiowe i wypuszczenie około 25 cm³ płynu mózgowordzeniowego. (Le cad. 1911 Nr 22). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z d. 9. III. 1912.

1) Kol. Jasieński przedstawia chorą G. M. lat 23, przedstawianą na posiedzeniu w d. 13. II. 1912. Chora ta zgłosiła się z początkiem stycznia 1912 na klinikę chirurgiczną z prośbą, aby jej odjęto prawą rękę. Dłoń tej ręki była nabrzmiała, a na jej grzbiecie oraz na przedramieniu były rany nieczyste, bardzo zaniedbane, które kl. chirurgiczna rozpoznała jako vulnus scissum infectum«. Rany te jednak przypominały bardzo mutilacye syryngomyelityczne. Ponieważ kl. chirurgiczna podejrzywała, że chora sama rękę przewija i utrudnia gojenie, odesłano ją do ambul. chor. nerwowych i przy opatrunku zastosowano pieczęcie, których naruszenie byłoby dowodem, że chora sama rękę przewija. Chora przesłuchiwana w ambul. chorób nerw. zeznawała, że na rękę tę cierpi od 13 r. życia. Początkowo ręka ta bolała i puchła, często w nią się chora kaleczyła, rany goiły się trudno. W 20 r. chora skaleczyła się szkłem w kciuk ręki prawej, rana się goiła źle, tak, że lekarze zmuszeni byli amputować ostatnią falangę tego palca. Przed czterema miesiącami powstały z powodu małego skaleczenia na grzbiecie dłoni i przedramieniu rany coraz bardziej rozszerzające się, tak, że chora, nie widząc innej rady, prosi o ucięcie ręki. Samowolnemu zmienianiu opatrunków przeczy.

Badanie fizyczne wykazało dość wybitną scoliosis, typ zaburzeń czucia hemiplegiczny, prawostronne bez wyraźnie zaznaczonej dyssocyacyi. Największe zaburzenia obwodowo na ręce prawej. Czucie zimna obwodowo na ręce prawej normalne, przewrotne zaś na temże ramieniu, głowie, klatce piersiowej i grzbiecie po str. prawej, oraz znacznemi wyspami na udzie i goleni prawej — to znaczy, że chora w tych miejscach odczuwa zimno jako ciepło. Inteligencya chorej tak nizka, że przedstawia typ imbecillitas. Chora cierpi na ataki rzekomo epileptyczne. Ataki te jednak ustać miały na parę lat, gdy matka chorą ubrała 7 razy w swoją ślubną suknię. Charakteru tych ataków z powodu braku bezpośredniej obserwacyi ustalić się nie dało. Ze względu na »manu succulente«, rany na ręce przypominające mutilacye, utratę kciuka prawego, typ zaburzeń czucia, który może być syryngomyelityczny, oraz skoliozę i w oświetleniu jak zbiór tych objawów wyglądał wobec wywiadów, zdecydowano się na rozpoznanie syryngomelię, zostawiając kwestyę dobrowolnych zniekształceń na tle histeryi za otwartą. Pod warunkami wyżej wzmiankowanymi rany zagoiły się i chora opuściła klinikę, powracając do domu, dnia 9. I. 1912.

W dniu 15. III. 1912, chora zgłasza się do ambul. kl. chirurgicznej z ponownem żądaniem, aby jej rękę odjąć. Na grzbiecie ręki prawej widać ziejącą zanieczyszczoną ranę o brzegach ostrych, poniżej, równolegle mniej więcej do tej rany, druga rana o podobnym charakterze. Przez ziejący otwór rany poprzeciągane były ścięgna poprzerywane — tak że jasnem było, iż uszkodzenie to było umyślne. Przedstawiono chorej kategorycznie, iż chorobę ręki symuluje, sama zadając sobie rany, wobec tego chora zmieniła zeznania, podając, iż rękę miała zdrową do roku 1911. Szwagier jej kowal uderzył ją przypadkowo w rękę młotem, z powodu czego ręka obrzmiała i bolała. Aby opuchliznę zmniejszyć, chora za poradą babek wiejskich przykładała karbol, który wyżarł jej ranę na ręce, ręka przytem bardzo piekła. Szwagier wygnał ją następnie

z domu, poczem zaczęła się wędrówka po szpitalach celem wygojenia ręki. Gdy ręka mimo to się »gnoiła«, wójt przeznaczył chorej aż do wyleczenia czasową zapomogę $^1/_2$ rubla na tydzień, a chora żebraniem, wzruszając ludzi widokiem chorej ręki i atakami histerycznymi, zarabiała na życie. Rodzina podszepnęła jej, że gdyby ręki nie miała, wójt zmuszony byłby jej płacić zapomogę aż do śmierci, oraz że dochód z żebrania byłby większy. W mniemaniu tem utwierdził chorą także żebrak miejscowy. Wobec tego chora rozraniwszy ranę zgłosiła się poraz pierwszy na kl. chirurgiczną z prośbą, aby jej rękę odjęto — stąd też jej zeznania początkowo fałszywe. Wróciwszy do domu z wyleczoną ręką, poszła po radę do żebraka owego. Ten doradził jej, aby rękę drutem przebiła, twierdząc, że to i na jej ataki pomoże. Chora posłuchała rady, przeciąwszy skórę drutem, rękę rozraniła karbolem, poczem w 6 posiedzeniach ścięgna u tej ręki drutem przecinała i na wierzch wydobywała. Po dokonaniu tej operacyi udała się poraz drugi do kl. chirurgicznej z żądaniem odcięcia ręki, gdzie ją zdemaskowano. Ponieważ wobec zmienionych, a wiarygodnych obecnie zeznań chorej, początek choroby trzeba było odnieść do urazu, ponieważ typ zaburzeń czucia stoi na pograniczu syryngomylitycznego i histerycznego, ponieważ dobrowolne zniekształcenia ręki przez chorą trzeba było uznać za pewnik, zwłaszcza że dała się wybadać bezpośrednia, a dla chorej korzystna pobudka owego systematycznego samookaleczenia się — w związku z jej atakami histerycznymi — zdecydowano się na rozpoznanie histeryi z popędem do samookaleczania się, pozostawiając ewentualne rozpoznanie syryngomyelii na drugim planie. Wypadek ten jest ciekawym przyczynkiem do historyi żebractwa.

W dyskusyi zabiera głos Landau, który jest zdania, że właściwą chorobą jest syryngomyelia, do której obrazu chorobowego należy połowicze znieczulenie, skrzywienie kręgosłupa i trudne gojenie się ran, a dopiero później wystąpił popęd do okaleczania się. Do tego zapatrywania przyłączają się: Blassberg, który zmiany związane z pierwszym urazem uważałby za pierwsze uzewnętrznienie się syryngomyelii i Rydel, któremu wydaje się, że możliwość tak głębokiego uszkadzania się aż do wyciągania ścięgien, wreszcie stwierdzone poprzednio rozszczepienie czucia przemawiałyby przecież za tą chorobą. Ataki zaś, jakie chora miewała, uważałby za epileptyczne. Przeciwnego zdania jest Nunberg, który rozpoznawałby dementia praecox, Piltz, który uważa popęd w kierunku okaleczania się (Verstümmelungstrieb) za pierwotny, gdyż na to, by rozpoznawać syryngomyelię, mamy za mało danych. Przeciwko zaś dementia praecox, podnosi, że sposób zachowania się chorej przemawiałby przeciwko tej dyagnozie. Trudno również sklasyfikować ataki, o jakich dowiadujemy się od chorej. Borowiecki i Jasieński natomiast rozpoznają histeryę w przebiegu imbecillitas. Rogalski jest zdania, że postawienie rozpoznania imbecillitas jest zupełnie wystarczające, gdyż na to, by myśleć o histeryi lub imbecillitas mamy za mało danych objektywnych. Wszystko zaś, z czem spotykamy się w historyi choroby pacyentki, tłomaczy nam dostatecznie jej niedorozwój umysłowy, który z drugiej strony nie pozwala nam na przypisywanie większego znaczenia znalezionym zaburzeniom czucia, na których opieramy się przy rozpoznaniu syryngomyelii.

2) Nunberg przedstawia chorego, który przebył kiłę, następnie po kilku latach zachorował na polyarthritis. Przy leczeniu w tutejszym szpitalu stwierdzono ponadto diabetes mellitus i brak odruchów kolanowych. Przysłany do zbadania do ambulatoryum psych.-neurol. Stwierdzono jedynie brak odruchów kolanowych i odruchu ścięgna Achillesa po lewej stronie. Prawostronny odruch achill. był osłabiony. Żadnych innych objawów nie dało się skonstatować. Ponieważ chory przebył kiłę i miał objaw Westphala, który niekiedy jest jedynym objawem w początkowych stadyach tabes dorsalis, rozpoznano tabes dorsalis incipiens. Po upływie blizko 2 tygodni chory znów się zgłasza. Zrobiono mianowicie injekcyę salwarsanu. Powtórne badanie wykazało obecność odruchów kolanowych i lewostronnego achillesowego, przyczem tenże był słabszy od prawostronnego.

Powstała zatem kwestya czy mamy w danym przypadku do czynienia z tabes dorsalis luetica, czy pseudotabes diabetica, wobec tego, że trudno byłoby sobie wyobrazić powrót odruchów kolanowych po injekcyi salwarsanu. Zdarza się bowiem, że w przebiegu tabes dorsalis występuje, jako symptom cukromocz, jak również, że w przebiegu diabetes mellitus występują objawy diabetyczne.

W dyskusyi zabiera głos Rydel, który rozpoznaje neuritis diabetica. Landau, który byłby ostrożniejszy w stawianiu pewnej dyagnozy wobec tego, że schodzą się w tym przypadku dwa momenty etyologiczne, t. j. kiła i cukrzyca, skłaniałby się jednakowoż do rozpoznania pseudotabes melliturica. Piltz sądzi, że w każdym razie nie mamy obecnie prawa rozpoznawać tabes dorsalis, obecne zaś objawy chorobowe uważałby za spowodowane przez cukrzycę.

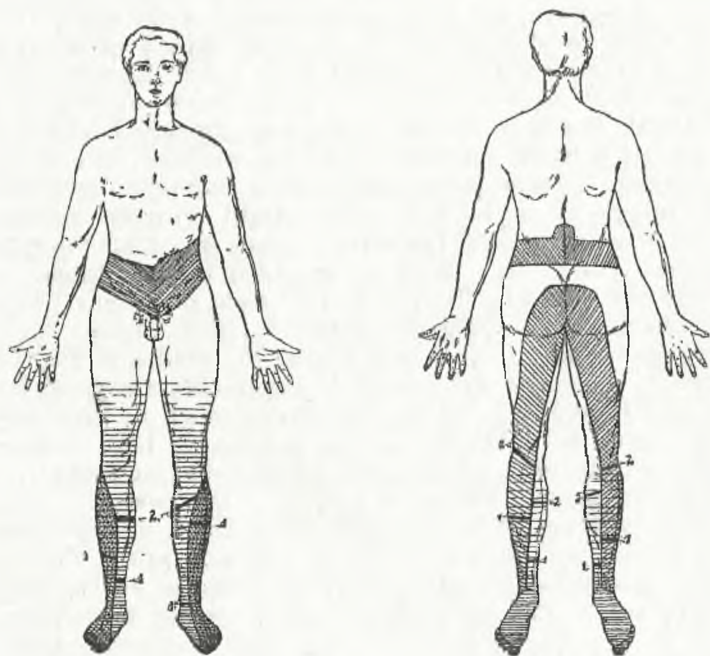
Posiedzenie z dnia 12. III. 1912.

Rogalski przedstawia chorego J. K., lat 38, z zawodu fornala, przysłanego do zbadania przez klinikę chirurgiczną. Chory dziedzicznie nie obciążony i aż do obecnej choroby zdrowy. W połowie stycznia b. r. przejeżdżał chory popod mostem na wozie naładowanym wysoko paczkami. Gdy wjeżdżał popod poprzeczną belkę mostu, został przyciśnięty i ugnieciony w kręgosłup w okolicy pierwszych kręgów piersiowych. W tej chwili doznał chory silnego bólu w kręgosłupie, ale nie w miejscu ugniecionem, lecz znacznie niżej, bo w okolicy lędźwiowej. Z bólem połączone było uczucie, jakby w tem miejscu przesunęły się kręgi względem siebie, równocześnie zaś doznał silnego bólu w palcach i łydkach obu kończyn dolnych. Chory nie stracił przytomności, zatrzymał konie kilka kroków za mostem, nie mógł jednak zejść z wozu, gdyż stracił władzę w obu nogach. Dopiero po zdjęciu go z wozu stracił przytomność, a odzyskał ją na trzeci dzień w szpitalu, dokąd go przewieziono, o czem chory zupełnie nie wiedział. Wtedy spostrzegł, że ma nogi zupełnie bezwładne i nie może niemi zupełnie ruszyć, ma wrażenie, że nogi są zdrętwiałe i zimne po kolana, podczas gdy przy dotykaniu ich rękami są ciepłe. Gdy chciał usiąść, doznawał silnego bólu w kręgosłupie lędźwiowym i rwania w palcach i w łydkach obu nóg. Na 6. dzień po wypadku założono choremu opatrunek gipsowy, obejmujący całe ciało po kolana i łokcie. Po tygodniu zdjęto ten opatrunek. Mniej więcej w miesiąc po wypadku spostrzegł chory, że władza w nogach zaczyna powracać, gdyż mógł je już nieco podciągnąć ku górze. Po dalszych dwóch tygodniach mógł już nogi zginać i prostować, przewracać się z boku na bok, jakkolwiek z trudnością, odprowadzać i przyprowadzać kończyny. 1. marca wróciła władza w palcach stopy prawej i częściowo w lewej. W takim stanie został chory przywieziony do kliniki chirurgicznej, a dnia 6. marca przysłany do naszego ambulatoryum celem zbadania. Obecnie ma być stan mniej więcej taki sam, jak w dniu 1. marca, przy siadaniu uczuwa jeszcze ból w okolicy kości krzyżowej, który promieniuje do palców nóg, a zimne zupełnie ma jeszcze tylko stopy. Bólów głowy, wymiotów, zaburzeń przy oddawaniu moczu nigdy chory nie miał, jedynie tylko stolec był przez pierwszy tydzień po wypadku zaparty, potem oddawał go prawidłowo.

Badanie, przeprowadzone między 6. a 10. marca, wykazuje:

W obrębie głowy prócz lekkiej różnicy w unerwieniu przez nerw twarzowy między stroną prawą i lewą na niekorzyść pierwszej, co zdaje się być rzeczą wrodzoną, jak również w zakresie kończyn górnych i narządów we-

wnętrznych, brak zaburzeń chorobowych. Przy oglądaniu pleców spostrzegamy na pograniczu kręgosłupa lędźwiowego i piersiowego w linii środkowej grzebieniaste podłużne wypuklenie długości około 15 cm. Skóra nad wypukłością niezmieniona, po bokach tylko nieco ciemniejsza. Wypuklenie to spowodowane jest silniejszem wystawaniem 12. kręgu piersiowego i 1. i 2. lędźwiowego. Wyrostki kolczaste nie zbaczają z linii środkowej, po bokach natomiast między 12. D. a 1. L. macalne są wyrostki boczne, prawdopodobnie stawowe 1. L. Wypuklenie całe odcina się dosyć ostro od reszty kręgosłupa, przy dotyku i opukiwaniu jest niebolesne. Ruchy czynne w kręgosłupie ograniczone we wszystkich kierunkach, przy silniejszem zginaniu ku przodowi doznaje chory bólu w okolicy dolnych kręgów lędźwiowych. Odruchy brzuszne górne i mosznowe prawidłowe, brzuszne dolne bardzo słabe. Stanąć na nogi chory zupełnie nie może. W stawie biodrowym zgina obie nogi równocześnie najwyżej o kąt 30, pojedynczo prawą kończynę o ca 40, lewą o ca 50. Ruchy te wykonywa z wielkim wysiłkiem, przyczem kończyny chwieją się. Ograniczone również są ruchy rotacyjne, dość sprawne natomiast przyprowadzanie i odprowadzanie kończyn. Zginanie kończyn w stawach kolanowych (w położeniu brzusznem) możliwe tylko z wielkim wysiłkiem, większym po stronie lewej. Zdjęcie grzbietowe stopy obustronnie O, podeszwowe obustr. bardzo słabe, lepsze nieco po stronie prawej, gdzie chory może przezwyciężyć lekki opór. Ruchy palcami obustronnie ograniczone, po lewej minimalne. Zginanie ich nieco lepsze, niż prostowanie. To ostatnie ledwo zaznaczone. Przy ruchach biernych lekkie zmniejszenie napięcia. Odruchy kolanowe obustr. bardzo słabe, lewy daje lekki ruch stopą przy badaniu w pozycyi siedzącej, podczas gdy prawy manifestuje się tylko skurczem mięśnia udowego. Odruchy stopowe obustr. wzmożone, przy uderzeniu w ścięgno otrzymuje się kilka drgnięć lub drganie. Obustr. drganie stopowe, czasem prawdziwe, czasem wrzekome. Badanie czucia, patrz schemat.



Miejsca zakreskowane poprzecznie odpowiadają obwodowemu upośledzeniu wszystkich rodzajów czucia, ku górze coraz mniejszemu, tak że granicy górnej oznaczyć nie można. Miejsca zakreskowane skośnie odpowiadają upośledzeniu wszystkich rodzajów czucia w zakresie: na tułowiu mniej więcej od D 10-D 12, t. j. miejscu urazu; na kończynach L. 5, S 1, 2 i częściowo 3. Linie grubsze oznaczone przez 1 = granicy zupełnego zniesienia czucia zimna, przez 2 = granicy zupełnego zniesienia czucia ciepła.

Przypadek przedstawia w kierunku lokalizacyi pewne trudności, a mianowicie, czy w danym wypadku zajęty jest ogon koński czy rdzeń kręgowy, zwłaszcza że uraz ugodził w miejsce sąsiadujące tak dobrze z conus medullae jak i z cauda equina. Ze względu na charakter bolów promieniujących, bo pojawiających się nawet w stopach i w palcach, jak również ze względu na rodzaj zaburzeń czucia skłaniałby się referent do rozpoznawania ucisku, prawdopodobnie wskutek wylewu krwawego w obrębie ogona końskiego.

W dyskusyi zaznacza Landau, że zmiany w kręgach są najwybitniejsze w zakresie D. XII. L. I. i II. Gdyby więc krwotok był na wysokości L. II., mielibyśmy wiotkie porażenia kończyn dolnych. Wobec braku jednak zmian w zakresie n. cruralis i obturatorius należy dla porażeń w zakresie plexus lumbo-sacralis przyjąć przyjąć zmiany albo w rdzeniu samym (L. 5. S. 1 i S. 2), albo w cauda na wysokości między 3. a 4. kręgiem lędźwiowym, t. j. po odejściu n. cruralis i obturatorius. Za zajęciem epiconus przemawiają: lokalizacya garbu, symetryczność objawów poraźnych i wzmożenie odruchów achillesowych, które przy zajęciu epiconus spostrzegał Minor. Za cauda przemawiałby natomiast rodzaj zaburzeń czucia, t. j. wszystkich jego rodzajów i charakter bólów. Borowiecki i Piltz przychylają się do rozpoznania zmiany w obrębie rdzenia samego, pierwszy głównie ze względu na symetryczność objawów, drugi podnosi nadto brak zaburzeń ze strony oddawania moczu i stolca i lokalizacyę urazu. Po dyskusyi zgodzono się na rozpoznanie: Compressio medullae spinalis traumatica.

Wyżej opisany stan chorego polepszał się zwolna, ale stopniowo coraz więcej. Po upływie tygodnia od czasu badania chory mógł już postąpić parę kroków przy pomocy laski lub opierając się o łóżka, po dalszym tygodniu chodził już znacznie lepiej i dłużej, lekko tylko opierając się na lasce. Równocześnie zmniejszały się też zaburzenia czucia, a granice coraz mniej wyraźne. Po $2^1/_2$ miesiącach od czasu wypadku opuścił chory na własnych nogach klinikę.

Odpowiedzialność chirurga

skreślił

Adolf Klęsk.

Bardzo ważne dla chirurgów orzeczenie wydał niedawno Najwyższy Sąd w Niemczech; dotyczyło ono mianowicie zachowania się chirurga przed operacyą przy wyjawianiu choremu istoty choroby i potrzebnego zabiegu. Nierzadko wydarza się, że chirurg, przystępując do operacyi, zmuszony jest koniecznie usunąć któryś narząd, o czem jednak nie mógł przedtem choremu powiedzieć. Dalej nieraz byłoby poprostu nieludzką rzeczą opisywać choremu wszelkie możebne ewentualności, jakie przy operacyi wydarzyć się mogą, bo naprzód operacya nie jest zawsze wartością stałą, którą z góry obliczyć można, a powtóre takie postępowanie odstraszałoby poprostu chorych od operacyi. Najwyższy Sąd orzekł też, że, lekarz nie jest obowiązany zwracać uwagi chorego na wszystkie możliwe ewentualności i skutki operacyi.

Podam na to przykład: Lekarz przystępuje za zgodą chorej do usunięcia jajnika. W toku operacyi znajduje w drugim jajniku zmiany nowotworowe, wobec czego musi przystąpić do zupełnego wytrzebienia, chociaż przy operacyi nie ma nikogo z rodziny, by uzyskać mógł na to pozwolenie. Jeśli więc przy operacyi lekarz zmuszony jest usunąć więcej tkanek, niż pierwotnie przypuszczał, to może to uczynić i bez zezwolenia chorego, o ile może potem udowodnić, że to było rzeczywiście koniecznie potrzebnem. Powstaje tu jednak znów pewna wątpliwość, a mianowicie

co do pojmowania rzeczywistej konieczności. Niektóre operacye wykonać się musi, ale są i takie, co do których rzecz może być sporna. Przy wielu cierpieniach mamy mniej lub więcej doszczętne sposoby operacyjne, a wybór ich nieraz zależy nietyle od przyrody cierpienia, ile od zapatrywania się chirurga na daną sprawę. N. p. przy wrzodzie żołądka jedni tylko łączą żołądek z jelitem drudzy wycinają wrzód, przy kamicy żółciowej jedni nacinają pęcherzyk, inni łączą go z kiszką, inni zaś wycinają go zawsze zupełnie.

I właśnie w tej sprawie stanowisko prawne nie jest jasne, i, jak sądzę, nie może ono być jasnem, bo tu powinno się pozostawić lekarzowi wolną rękę, albowiem zakreślając mu pewne granice, krępowałoby się go w działaniu, coby dla chorego nieraz wypadło niekorzystnie.

Inna rzecz, że operator powinien zawsze przypuszczać najgorsze i odpowiednio chorego lub jego rodzinę przygotować. Sądownie jednak nie może operator odpowiadać za wynik operacyi, jeżeli postępował dobrze i wykonał zabieg podług swego głębokiego przekonania, z planem z góry zakreślonym.

Sprawa ta łączy się ściśle z poruszoną swego czasu przezemnie w »Nowinach lekarskich« sprawą wyjawiania choremu przyrody (złośliwości) danego nowotworu. Przyjęło się między lekarzami, że zwykle nie mówi się, iż dany nowotwór jest rakiem, lecz określa się to w sposób mniej lub więcej łagodny, n. p. że guz w razie, gdyby się go pozostawiło, może przeobrazić się w złośliwy i t. p. Wypowiedziałem wtedy zdanie, że jeżeli chory mimo przedstawienia niebezpieczeństwa choroby żąda tylko miejscowej operacyi, n. p. na wardze bez usunięcia sąsiednich gruczołów, to lekarz nie może gruczołów przy operacyi usunąć bez woli chorego, powinien jednak przed operacyą zabezpieczyć się prawnie odpowiednim rewersem. Natomiast uchylanie się wtedy z zasady od operacyi nie jest mojem zdaniem słuszne, bo i przez częściową operacyę przynosimy nieraz chorym wybitną ulgę. Znane są przytem przypadki, że sprawa potem przycichła, a na odwrót, nawet doszczętna operacya niezawsze daje pewność zupełnego wyleczenia.

Upewnienie się pod każdym względem jest konieczne, bo przecież niepodobna n. p. wśród operacyi budzić chorego i zapytywać się, czy na dalszą operacyę zezwoli, czy nie, co także prawnie nie byłoby słusznem, bo chory wśród uśpienia nie może być uważany za poczytalnego, nieraz bowiem nie pamięta potem wcale, o co się go pytano.

W miarę rozwoju chirurgii zagadnienia podobne stają się coraz to więcej aktualne i z tego też powodu sądy powinny w podobnych przypadkach zasięgać zawsze zdania poważnych czynników lekarskich, a po zgromadzeniu odpowiednich spostrzeżeń i wydaniu orzeczeń ująćby należało te ciekawe a ważne społecznie sprawy w odpowiednią ustawę, która jednak nie może i nie powinna krępować operatora przy jego czynności, wymagającej nieraz wytężenia całych sił umysłowych.

Jeżeli chory wyraźnie nie życzy sobie czegoś, to nie powinno się tego uczynić, nawet choćby potrzeba tego wymagała, albowiem każdy człowiek w pierwszym rzędzie, o ile jest poczytalny i przytomny, rozstrzyga o sobie i swem życiu. Natomiast tam, gdzie chory wyraźnie nie zastrzegł sobie czegoś, operator powinien postępować tak, jak mu nauka, doświadczenie, sumienie i warunki operacyjne nakazują, bez oglądania się na ewentualną odpowiedzialność prawną.

Wiadomości bieżące.

W tych dniach ubiega dwudziestopięciolecie pracy profesorskiej Ludwika Rydygiera.

Przodownikowi współczesnej chirurgii polskiej, zasłużonemu Twórcy polskich Zjazdów chirurgicznych, składamy z tego powodu najszczersze życzenia: »Ad multos annos!«

Kraków. Sprawę udziału Polaków w Najwyższej Radzie zdrowia porusza »Słowo polskie« (Nr 478) w słowach następujących: Przed 4 laty nie było ani jednego Polaka w Najwyższej Radzie zdrowia i dopiero, gdy dzięki inicyatywie lwowskiej Izby lekarskiej zajęła się tą sprawą prasa krajowa i Koło polskie, zdołano na rządzie centralnym »wyszturmować« dwa miejsca dla przedstawicieli Galicyi. Przed 3 laty zreorganizowano Najwyższą Radę zdrowia, pomnażając liczbę jej członków do 46. Galicyi raczył rząd centralny, który mianuje członków tej korporacyi, wyznaczyć 6 reprezentantów, co wywołało znowu protesty polskiej opinii publicznej, domagającej się, aby kraj nasz był uwzględniony w miarę jego obszaru, ludności i ważności zadań sanitarnych na pograniczu państwa. Wtedy rząd dał Kołu polskiemu zapewnienie, że pokrzywdzenie Galicyi wyrówna przy następnych mianowaniach. Otóż obecnie mają nastąpić ponowne mianowania członków Najwyższej Rady zdrowia na dalszy okres trzechletni i czynniki powołane powinny czuwać na tem, aby rząd spełnił obietnice«.

— Redakcya naszego pisma otrzymała następujący telegram: »Lekarze Polacy, uczestnicy kongresu balneologicznego Merańskiego, zebrani w Gries u Dr Flisa, przesyłają kierowniczce polskiego ruchu naukowego lekarskiego wyrazy szacunku i łączności. Blassberg, Czopp, Flis, Kindler, Kwiatkowski, Oransz, Sawer, Teodorowicz, Wallach, Zanietowski«. Dziękując za te życzliwe wyrazy, uważamy je za zachętę do dalszej pracy.

— R. dw. prof. Dr Wicherkiewicz na własne życzenie zwolniony został z kierownictwa oddziału ocznego w krajowym szpitalu św. Łazarza. Kierownictwo prowizoryczne powierzył Wydział krajowy Dr Witalińskiemu, dotychczasowemu I. asystentowi kliniki okulistycznej.

— Prof. Dr Adam Wrzosek i prof. Dr Stanisław Ciechanowski mianowani zostali członkami honorowymi Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Edward Orzechowski, rodem z Nowomińska.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. X. do 12. X. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 3 † —), krztuśca —, ospy wietrznej 10, płonicy 10 † 1 (1 † —), odry 3, duru brzusznego 2 † — (1 † —), czerwonki 4 † — (2 † —), róży —. Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Teofil Żera obchodził 1. X. b. r. jubileusz 35-letniej pracy zawodowej. Jubileusz odbył się w szpitalu św. Łazarza. Życzenia składali Jubilatowi imieniem licznie zebranych kolegów i przyjaciół Dr Diehl, Trzciński i Wernic, dalej kurator szpitala p. Barylski, naczelnik Wydziału dobr. p. Koralewski, inspektorzy lekarscy Dr Puszkin i Troickij.

— Dr J. Bączkiewicz wydał »Pamiętnik Zakładu leczniczego dla dzieci przy ul. Ogrodowej l. 17«, przedstawiający szczegółowo historyę i sprawodanie tego zakładu, powstałego w r. 1893, a zamkniętego w r. z. »Pamiętnik« poświęcony został I. międzynarodowemu Zjazdowi pedyatrów w Paryżu.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 7. X. do 14. X. 1912 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 2 † —, róży 1, czerwonki —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Jedyną rzeczywiście lekarską instytucyą ubezpieczeń jest w Austryi »Pensionsinstitut des Wiener medizinischen Doktorenkollegium«. Premie za ubezpieczenie są w tym Instytucie o czwartą część niższe, niż w zwykłych Towarzystwach ubezpieczeń; instytut wypłacił dotąd 1,150.000 kor. pensyi, a ma przeszło 2,000.000 kor. majątku. By ułatwić kolegom przystępowanie, zmienił Instytut swe statuty. Każdy lekarz, mający dyplom austryacki, może ubezpieczać się odtąd na pensyę 2.400 kor. (dotąd maximum wynosiło 1200 kor.; dawniejsi członkowie mogą ubezpieczenie swe podwyższyć). Utworzono nową taryfę (Spartarif), według której można płacić premie w dowolnych terminach i w rozmaitej wysokości. Przez zniesienie przymusu reasekuracyi uzyskano około 20% oszczędności. O statuty i wyjaśnienia zwracać się należy do biura Instytutu (Büro des Pen-

sionsinstitutes des Wiener med. Doktorenkollegium, Wien I., Franz Josef Kai Nr 65). Prezesem instytucyi jest prymaryusz r. Dr H. Adler, wiceprezesami Dr Scholz i prof. Dr K. Ewald.

— Nagrodę Nobla z zakresu medycyny przyznano za rok 1912 Dr Alexisowi Carrelowi, znanemu z udoskonalenia szwu naczyń z prac nad przeszczepianiem narządów i t. zw. »hodowaniem« tkanek poza ustrojem.

Mianowani: Doc. Dr Netolitzky profesorem farmakognozyi w Czerniowcach; Dr Masini profesorem laryngologii w Genui, Dr Romano profesorem ortopedyi w Neapolu.

Zmarli: Fizyolog prof. Munk w Berlinie; Dr Henryk Gotard w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Herman: O ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego (z przedmową r. dw. prof. Dr L. Rydygiera). Lwów 1912, stron 152. — Fronczak: Annual report of the Public Departament of Health. Buffalo 1912. — Kopczyński i Jaroszyński: Contribution a l'étude du pithiatisme. Nouv. Icon. de la Salpêtrière 1910. — Jaroszyński: 1) O metodzie psychoanalitycznej Freuda i t. d. Odczyty klin. 1912. 2) Z psychologii i higieny wychowania. Nowe Tory 1909. 3) O istocie stanów neurastenicznych. Neurologia polska 1911. 4) W sprawie psychoterapii. Prace Zjazdu neurologów 1910. 5) Psychologia i psychoterapia histeryi. 6) O zabiegach chirurgicznych paliatywnych w nowotworach mózgowia. Medyc. i Kron. lek. 7) Przyczynek do psychoanalizy i psychoterapii histeryi. Gazeta lek. 1910.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 23. październ. 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Marchlewskiego: »Nowsze postępy chemii biologicznej«.



Rok LI. Kraków, dnia 26. października 1912. Nr 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń

podała

Dr Ludwika Karpińska.

(Odczyt w Towarzystwie psychologicznem w Warszawie, oraz w gronie lekarzy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie).

Po pierwszych próbach Galtona uczyniła szkoła Wundta kojarzenie wyobrażeń przedmiotem badań systematycznych. Doświadczenia te polegały na tem, że osobie badanej wymienia się jakiś wyraz, na który odpowiedzieć powinna ile możności jak najszybciej pierwszym wyrazem, który jej przyjdzie na myśl. Wyraz podany nazywa się »sygnałem« lub »hasłem«, odpowiedź — »reakcyą«.

Właściwie należałoby raczej mówić tu nie o kojarzeniu, lecz o reakcyi wyrazowej, gdyż trudno przypuścić, by związek między sygnałem, a reagowanym wyrazem, t. j. związek między wyrazami odpowiadał bezpośrednio związkowi psychicznemu. Ten związek zewnętrzny między wyrazami bierze rzeczy zbyt zgruba, by dawał bewzględnie dokładny obraz niezmiernie zawikłanych procesów psychicznych, jakiemi są kojarzenia. Reakcye te uzmysławiają jedynie w sposób odległy i niedoskonały związek psychiczny. Jeżeli zatem opisujemy i klasyfikujemy te w mowie wyrażone związki, to nie klasyfikujemy przez to właściwych istotnych skojarzeń, lecz tylko ich przedmiotowe objawy, z których jedynie z wielką ostrożnością możemy rekonstruować związki psychiczne, zwłaszcza tam, gdzie z reakcyą łączy się dążenie do skonstruowania czegoś, tak że w końcu staje się ona wynikiem zastanowienia nad sygnałem, a więc całego szeregu skojarzeń.

Pierwsze prace nad kojarzeniami dążyły do celów psychologicznych teoretycznych, nie zaś praktycznych. Interesowano się głównie logicznym związkiem między otrzymanemi parami wyrazów; pytano też, jaki jest wiek wynurzających się kojarzeń, czy powstały one jeszcze w młodości, czy też później.

Praktycznie interesującemi i płodnemi stały się te doświadczenia wówczas, gdy zajęli się niemi psychiatrzy, Kraepelin, Sommer i Ziehen. Ziehen badał kojarzenia u dzieci, Sommer zastosował badania nad kojarzeniami do rozpoznawania w psychiatryi. Wreszcie Jung, o którego pracach głównie zamierzam tu mówić, uczynił z doświadczeń tych niezwykle czułe narzędzie dla przedmiotowego stwierdzenia wszystkiego, co nurtuje duszę osoby badanej.

Przez podawanie sygnałów i otrzymywanie na nie reakcyi możemy w krótkim czasie zebrać znaczną liczbę kojarzeń u danej osoby. Porównując kojarzenia te z kojarzeniami innych osób, możemy stwerdzić, że określony sygnał wywołuje przeważnie określoną reakcyę. Zyskujemy w ten sposób środek dla badania prawidłowości w kojarzeniu wyobrażeń. Mówiąc o prawidłowości, o prawie, mamy na myśli konieczność uzależnian. W zastosowaniu do naszych doświadczeń będzie to znaczyć, że pewien wyraz pociąga za sobą u danej osoby i w danych warunkach koniecznie takie, a nie inne wyobrażenie. Wszelkie badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń muszą opierać się na założeniu determinizmu psychicznego i z tego stanowiska nabierają powagi i znaczenia eksperymentów przyrodniczych.

Pozornie niewyczerpana różnorodność kojarzeń daje się sprowadzić do pewnych grup zasadniczych. Wundt podzielił kojarzenia na podstawie zasad logicznych, opartych na przekazanych przez starożytnych prawach przyległości i podobieństwa. W ten sposób uzyskano przynajmniej logiczne punkty zaczepne dla klasyfikacyi, jakkolwiek ani Wundt, ani jego uczniowie nie rościli sobie pretensyi do wyczerpania całej pełni rzeczywistości. Na tym gruncie budowali dalej Aschaffenburg i Kraepelin. Jung oparł się w zasadzie na ich klasyfikacyi. Nie będę wchodzić w szczegóły tej klasyfikacyi i wyliczać poddziałów, zaznaczę tylko grupy najważniejsze. Aschaffenburg i Kraepelin odróżniają głównie kojarzenia wewnętrzne i zewnętrzne.

Do *wewnętrznych* należą tego rodzaju kojarzenia, jak:

Sygnał	Reakcya
jezioro	morze
drzewo	jabłoń
chłopiec	człowiek
żaba	skacze
ciepło	przyjemne

a więc związki, w których łącznikiem jest treść pojęciowa wyobrażenia.

Do zewnętrznych zaś:

Sygnał	Reakcya
stół	pokój
woda	ryba
koń	jeździć

t. j. takie, w których nie treść wewnętrzna, lecz zewnętrzna spółbytność stanowi łącznik. Specyalną odmianę zewnętrznego spółbytowania stanowią zdania utarte, cytaty,

przysłowia, dopełnienia wyrazów złożonych, jak np. siano— kos. Za czysto wyrazowe związki, a więc za skojarzenia zewnętrzne należy uważać takie, jak:

Sygnał	Reakcya
wóz	i przewóz
łaska	pańska
marcowy	kawaler
wolność	równość
oko	za oko
stacya	kolejowa
głód	pragnienie

Do kojarzeń zewnętrznych zalicza zatem Aschaffenburg wszystkie utarte połączenia wyrazów.

Bywa też, że sygnał wyzwala tylko wyraz o dźwięku podobnym, rym lub dopełnienie wyrazu, jak:

Sygnał		Reakcya
pies		bies
starzec		marzec
orka		orgia
głos	—	ownia
siano	—	kos

Kojarzenia takie wyodrębniamy jako kojarzenia dźwiękowe.

Pozostaje jeszcze pewna nieznaczna grupa kojarzeń, nie dająca się zaliczyć do żadnej z poprzednich, którą Jung wydziela jako »grupa reszty«, a której tymczasem możemy nie rozpatrywać bliżej.

Mimo wielu usiłowań różnych badaczy nie udało się dotychczas wynaleść jednego w zasadzie zupełnie odpowiedniego podziału kojarzeń. Dla wielu jednak zagadnień z dziedziny badań nad kojarzeniami wystarcza podział powyższy.

Na pierwszy rzut oka wydaje się niemożliwem wykrycie jakiejś prawidłowości w tworzeniu się kojarzeń. U jednej osoby znajdujemy dużo kojarzeń wewnętrznych, u drugiej — zewnętrznych, u trzeciej — dźwiękowych. Pochodzenie tych różnic było nieznane.

Kraepelin i Aschaffenburg uczynili znaczny krok naprzód przez to, iż usposobienie psychiczne osoby badanej zmienili w sposób ściśle określony przez wprowadzenie jej w stan silnego zmęczenia. Cel ten osiągnięto w ten sposób, iż z osobą badaną po przepracowanym dniu robiono doświadczenia w ciągu nocy, od 8 wieczorem do 8 rano w pewnych odstępach czasu, przyczem przerwy między doświadczeniami były wypełnione pracą umysłową. Osoba badana nie jadła nic w ciągu nocy. Okazało się, że umysłowe i fizyczne zmęczenie wpłynęło u różnych osób w całkiem określony i jednakowy sposób na kojarzenia i że wpływ ten da się wyrazić statystycznie. Dostrzeżone zjawisko polegało na tem, że ilość kojarzeń wewnętrznych zmniejszyła się, a zewnętrznych wzrosła, zwiększyła się zwłaszcza liczba skojarzeń dźwiękowych, jak bór — mór; oko — okno i t. d., czyli innemi słowy: związki wyobrażeń, w których łącznikiem była treść wewnętrzna, rozluźniały się i rozpadały coraz więcej w miarę wzrostu zmęczenia, ustępując miejsca zewnętrznym powierzchownym połączeniom wyrazów. Można też powiedzieć, że wartość kojarzeń zmniejsza się ze wzrostem zmęczenia. Jestto pierwsza ważna reguła, której podlega kojarzenie. Zmęczenie zaciera różnice indywidualne i nadaje kojarzeniu określony kierunek.

Prócz tego znalazł Aschaffenburg, że takaż sama zmiana w kojarzeniu wystąpiła u jednej z badanych przez niego osób, gdy ta zachorowała ciężko na grypę. Tak więc zmiana w usposobieniu tkanki mózgowej, wywołana przez gorączkę, obniża wartość kojarzeń, wytwarzając głównie połączenia dźwiękowe.

Te pozytywne wyniki pozwoliły Aschaffenburgowi nawiązać łącznik między badaną przezeń dziedziną a psychopatologią. Obserwacye kliniczne wykazały już dawno, że przy t. zw. manii panuje tenże sam sposób kojarzenia, który Aschaffenburg stwierdził przy zmęczeniu, mianowicie przeważają powierzchowne i dźwiękowe kojarzenia. Chorobę tę charakteryzuje nastrój wesoły, roztrzepanie, niezdolność skupienia się, odwracalność uwagi i podniecenie ruchowe, które wyraża się w ciągłym popędzie do zajęcia i ruchu. Przy analizie stanu zmęczenia odnajdziemy w nim łatwo podobne pierwiastki. Jeżeli przypomnimy sobie stan własny przy końcu nużącej wycieczki górskiej, to stwierdzimy z łatwością pewną bezpodstawną, powierzchowną wesołość i pobudliwość ruchową, która wyraża się w bezcelowych ruchach rąk i nóg. Łatwo też wykazać i kojarzenia dźwiękowe, znajdujące wyraz w dowcipach, robionych na szczytach i w schroniskach, a należących do rzędu kalamburów.

Aschaffenburg sądził, że wszystkim tym stanom jest wspólne podniecenie ruchowe i uważał je za przyczynę kojarzeń dźwiękowych.

Na podstawie kilkoletnich, systematycznie przeprowadzonych doświadczeń doszedł Jung do innego poglądu. Jeżeli osobie badanej dać na jednem posiedzeniu 200 sygnałów, to jakkolwiek nie nuży się ona naprawdę, zainteresowanie się jej doświadczeniem słabnie, staje się ono dla niej nudne i przy końcu doświadczenia osoba ta mniejszą zwraca uwagę na sygnały, aniżeli na początku.

Eksperymentator podzielił doświadczenia na pierwszą i drugą setkę i stwierdził we wszystkich tych przypadkach, gdy się osoby badane nudziły, znaczne zmniejszenie kojarzeń wewnętrznych i odpowiedni przyrost kojarzeń zewnętrznych i dźwiękowych. Spostrzeżenie to naprowadziło go na myśl, że przyczyną kojarzeń dźwiękowych nie jest podniecenie ruchowe, gdyż przy zwykłej nudzie nie daje się ono zauważyć, lecz brak uwagi. Liczne doświadczenia, przy których uwaga celowo była odwrócona od sygnału, potwierdziły to przypuszczenie. Przyrost kojarzeń dźwiękowych stwierdził autor także u osób, u których zdolność skupienia uwagi na doświadczeniu zmniejszyła się wskutek tylko co przeżytego silnego afektu, prócz tego w stanie senności, oraz u tych wszystkich umysłowo chorych, u których uwaga jest zaburzona. Doświadczenia szkoły Kraepelina wykazały, że kojarzenia stają się powierzchowne również przy ostrem zatruciu alkoholem. Aschaffenburg znalazł to samo u gorączkujących. Można przeto powiedzieć, że w miarę, jak się zmniejsza napięcie uwagi, wzrasta ilość kojarzeń zewnętrznych i dźwiękowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Zabieg operacyjny czy pasek przepuklinowy?

napisał

Prof. Dr. V. Chlumský.

Wobec takiego pytania staje często lekarz, i wtedy, należy szczerze to wyznać, nie zawsze łatwą jest rzeczą znaleść słuszną odpowiedź. Większość chirurgów zaleca każdą przepuklinę operować, każdy otwarty kanał przepuklinowy drogą operacyjną zamknąć bez względu na to, czy chodzi o młodych, czy starych chorych; powołują się przytem na to, że operacya jest bardzo łatwa, krótko trwa, że niema prawie żadnych nawrotów i żadnej śmiertelności, operowany zaś raz na zawsze zostaje uwolniony od swych dolegliwości i niebezpieczeństwa uwięźnięcia przepukliny.

A jednak szerokie koła publiczności, a z nią, zdaje się, także bardzo wielu praktykujących lekarzy jest innego zdania, czego dowodem tak rozwijający się i kwitnący wyrób pasków przepuklinowych.

Chory obawia się noża, ta obawa przenosi się także na lekarza domowego, a w końcu i pasek przepuklinowy robi swoje. Jak doświadczenie poucza, można z paskiem przepuklinowym dożyć późnego wieku. Przed około 20 laty badałem jako lekarz wojskowy kilka tysięcy rekrutów i rezerwistów. Zadaniem mojem było wykazać, czy ludzie ci nie mają przepuklin i byłem wprost zdumiony tem, jak często bywa otwarty i jak bywa wtedy szeroki kanał pachwinowy i jak często wyczuwałem nawet wchodzenie pętli jelita do kanału.

Według mego zapatrywania, powinniby byli przynajmniej poborowi z bardzo szerokimi, otwartymi kanałami być uwolnieni od służby wojskowej. Komenderujący, starszy kolega pouczył mnie jednakże, że ta rzecz bardzo często się zdarza, że ci ludzie tylko rzadko z tego powodu stają się przedmiotem konsultacyi i że jeszcze rzadziej zdarza się, aby u nich wystąpiły rzeczywiste przepukliny mimo wytężających ćwiczeń. W każdym razie byłyby badania i statystyka w tym kierunku bardzo pouczające.

Wobec tego zdaje się, że sprawa przepuklin nie jest tak rozpaczliwą, jak to większość operatorów sądzi.

Praktyk, który o wszystkiem powinien być poinformowany, słusznie czyni, jeżeli nie zawsze zmusza chorego na przepuklinę do operacyi. Kiedy jednak powinien to uczynić, a kiedy powinien przepisać tylko noszenie paska przepuklinowego?

Przepukliny występują bardzo często, i to już we wczesnym wieku, nieraz u noworodków. Także w tych przypadkach żąda wielu operatorów zaszycia otwartych wrót. Według mego doświadczenia nie jest to tak konieczne. Po pierwsze, przy odpowiedniem postępowaniu znika wiele przepuklin pachwinowych i pępkowych, — a o te po największej części chodzi —, już w kilka tygodni. Powtóre przepukliny u dzieci nie są tak niebezpieczne, jak u dorosłych. Sam widziałem w ostatnich trzech latach na moim oddziale chirurgicznym w szpitalu dziecięcym św. Ludwika w Krakowie tylko dwa razy uwięźnięcia przepukliny, które w obu przypadkach zostały bez operacyi odprowadzone. Przytem dodać należy, że nasz materyał przepuklinowy jest wielki i w pewnych miesiącach operuje się prawie codziennie po kilka przepuklin.

Według tego doświadczenia radzę u dzieci jednorocznych do trzechletnich nie spieszyć się z operacyą. Płaska poduszeczka (pelota), połączona z niezbyt silną sprężyną, usuwa zwykle dokładnie przepuklinę u dzieci, a pod pelotą zwęża się kanał przepuklinowy do tego stopnia, że dziecko bez operacyi zostaje uwolnione od swego cierpienia. Rzecz jasna, że przy tem jest konieczna pewna opieka. Paski muszą być trzymane czysto i w suchym stanie, odpowiednio dostosowane, kontrolowane i, jeżeli potrzeba, także częściej zmieniane.

Ja polecam noszenie paska przez dzień i noc i sporządzam go ze słabych sprężyn stalowych, które są dobrze wysłane i skórą obszyte. Obszycia gumowe są mniej praktyczne, ponieważ łatwo mogą wywołać wyprysk.

Zwykle polecam dwa paski przepuklinowe do zmiany w razie zmoczenia jednego. Jeżeli mimo tego powstanie wyprysk, wówczas polecam chore miejsce posypać pudrem lub posmarować waseliną. Wszystko to wymaga już pewnej znajomości rzeczy ze strony rodziców lub otoczenia dziecka, której w naszej klienteli szpitalnej często trudno się spodziewać. A mimo tego wyleczyły się po największej części nasze przypadki mimo najniepomyślniejszych warunków dość prędko i całkiem dobrze.

Zabieg operacyjny jest wprawdzie łatwy, ale nie wolny od niebezpieczeństwa. Sam widziałem, jak mniej doświadczonym operatorom zdarzało się naciąć pęcherz, naruszyć jelito, albo przeciąć powrózek nasienny, pominąwszy już wiele innych powikłań, jak zakażenia, zapalenia płuc i nawroty. Jeżeli zatem tego wszystkiego można uniknąć, to lepiej to uczynić.

Jeżeli z jakiejkolwiek przyczyny przepukliny nie ustępują, albo są tak wielkie, że nie można się spodziewać zarośnięcia otworów, wówczas przystępujemy do zabiegu operacyjnego. I tu nie należy zbyt długo czekać, ponieważ noszenie pasków u młodych ludzi nie jest także całkiem bez niebezpieczeństwa. Jednem z najczęstszych złych następstw noszenia paska przepuklinowego jest upośledzenie dopływu krwi tętniczej do jądra i zastój krwi żylnej. Następstwem tego jest upośledzone odżywienie tego tak ważnego gruczołu i miałem sposobność często widywać jądro po stronie chorej wybitnie zmienione, po największej części małe, zanikłe. Oprócz tego spotykałem się ze stwardnieniem jądra i bardzo często z żylakowemi zmianami w splocie nasiennym (plexus pampiniformis). Być może, że do zaniku jądra przyczyniał się ucisk na nerwy odżywcze.

Nie rzadko spotyka się przepuklinę obok wnętrostwa (kryptorchismus). W tych przypadkach nie zaleca się leczenia przepuklin przy pomocy pasków. Wprawdzie i tutaj udaje się ono także czasem, ale bardzo często utrudnia się przez to zstąpienie jąder i wywołuje się zanik jądra. W tych przypadkach jest zabieg operacyjny o wiele korzystniejszym. Jeżeli się rodzice nie mogą zdecydować na operacyę, wówczas nie należy polecać żadnego paska, ale czekać lepiej na zstąpienie jądra i dopiero, gdy to się stało, polecić odpowiedni pasek. Oczekiwanie nie jest tu niebezpieczne, bo, jak powiedziałem, uwięźnięcia przepuklin są u dzieci bardzo rzadkie.

U chorych, którzy 10 lat życia przekroczyli, a 20 nie osięgli, można uzyskać przy odpowiednich staraniach zamknięcie się kanału i wrót przepuklinowych bez operacyi, jednakże leczenie trwa długo, a wynik nie jest pewnym. Poleca się w tych przypadkach paski z dobrą, niezbyt silnie ugniatającą sprężyną, które przez dzień i noc mają być noszone. — Peloty muszą być płaskie i dokładnie przylegać do kanału i wrót przepuklinowych. Większość bandażystów sporządza paski w ten sposób, że pelota tworzy rodzaj czopa, wchodzącego we wrota przepuklinowe i w ten sposób zamykającego je zrazu bardzo dobrze. Takie peloty należy odrzucić, ponieważ powoli i stopniowo rozszerzają one otwór kanału i zmuszają chorego do noszenia coraz większych pelot. W takich warunkach nie można oczywiście myśleć o zarośnięciu, ani o zmniejszaniu się wrót przepukliny. Również silne sprężyny nie są godne polecenia, ponieważ wywołują one wprost rodzaj odleżyn. Pod pelotą znika wszystka tkanka tłuszczowa i wyczuć można bezpośrednio powięzie przedniej ściany brzusznej. Przez to cierpi także odżywienie uciśniętego miejsca, cała ściana brzuszna staje się słabszą i mniej odporną. Peloty powinny być nie za wielkie, ale także nie za małe. Powinny nietylko zamykać wrota przepuklinowe, lecz także uciskać przednią ścianę kanału przepuklinowego. Za wielkie peloty nie mogą tego sprawić, ponieważ wywierają ucisk na zbyt wielką powierzchnię i tu z powodu ucisku na kości mogą z nadanego kierunku łatwo zboczyć tak, że wrota pozostają niezamknięte, albo tylko niedostatecznie przykryte. Nadto także zbyt wielkie peloty sprawiają przez ucisk na kości dość silne bóle. Małe peloty łatwo się przesuwają, albo, jeżeli dokładnie przylegają do wrót, rozszerzają je, ponieważ wówczas tworzą rodzaj klina, jak to już wyżej wspomniałem. U młodych ludzi za najlepsze uważam peloty podłużne, gruszkowate, średniej wielkości. Nie mogą one być ani za twarde, ani za miękkie. Drzewo, kauczuk i tym podobne twarde materyały nie nadają się całkiem do sporządzania pelot, ponieważ żłobią istne doły w ścianie brzusznej. Miękkie, a zwłaszcza elastyczne peloty z gliceryną, balony gumowe i t. p. również nie są godne polecenia, ponieważ przez swoją niestałość i niejednostajne ciśnienie tylko w małym stopniu przyczyniają się do zamknięcia kanału.

Polecam sporządzać peloty z blachy stalowej lub żelaznej i dobrze wymościć włósiem końskiem i skórą. Ten rodzaj pelot okazał się najlepszym i stosunkowo najtańszym. U młodych chorych uzyskujemy często takie zmniejszenie kanału przepuklinowego i wrót, że po miesiącach, względnie latach możemy się odważyć pozwolić, by chory chodził bez paska. Nawroty nie należą jednak do rzadkości i dlatego polecamy każdemu takiemu choremu najpierw zabieg operacyjny.

Jeżeli zgłosi się chory na przepuklinę, który ma już 20 lat, ale nie przekroczył 50—55 lat, to radzimy mu zawsze lepiej nie czekać, lecz zaraz poddać się operacyi. Tutaj niema prawie nadziei samoistnego zamknięcia się wrót przepuklinowych pod paskiem. Jeżeli jednak taki chory życzy sobie raczej nosić pasek, to wówczas postępujemy, jak w poprzednich przypadkach. Dobieramy jednak już silniejszych sprężyn, aby chory lepsze miał oparcie i prędzej i łatwiej mógł się oddawać swej pracy zawodowej.

Zwykle im starsi są zgłaszający się chorzy, tem większe mają przepukliny i wrota, tem krótsze kanały, a nierzadko także zrosty trzew ze ścianą worka przepuklinowego. Wyżej już opisane zmiany jądra i powrózka nasiennego są tu bardzo częste. Także kształt pasków bywa bardzo rozmaity i mniej zwykły. Peloty są prawie z reguły klinowe, wielkie, nierzadko opatrzone dzióbem, skierowanym ku dołowi, od którego biegnie rzemyk do sprężyny paska przepuklinowego. Widzi się, że chory i bandażysta wiele sobie zadają trudu, aby powstrzymać trzewia, wpychające się do worka przepuklinowego. Wszystko to są następstwa klinowatych pasków, w początkach tak dobrze pasujących. W wielu takich przypadkach da się jeszcze cała sprawa przy pomocy płaskich pelot poprawić, ale nierzadko jesteśmy zmuszeni na obranej już drodze dalej postępować i używać również pelot klinowych, ponieważ przepukliny w inny sposób nie da się zatrzymać. Tak zwane dzióby albo paski anatomiczne z pelotą o formie według wrót przepuklinowych oddają w tych przypadkach często dobre usługi.

Jeżeli się już wytworzyły zrosty z trzewiami, wówczas staramy się je rozluźnić przez spokojne leżenie w łóżku i odpowiednie miesienie. Jeżeli to wszystko nie pomaga, wówczas robimy dla mniejszych przepuklin peloty wydrążone, które jakby ręką obejmują wypadające trzewia i przeszkadzają ich wypadaniu. Przy większych przepuklinach nie wystarczają sprężynowe paski przepuklinowe, sporządza się tylko odpowiednie wieszadła (suspensoria) ze skóry, które wprawdzie ułatwiają noszenie przepuklin, ale tylko miernie wstrzymują wypadanie trzew.

Po 55. roku życia staje się zabieg operacyjny niebezpieczniejszym, zwłaszcza z powodu niebezpieczeństwa powikłań ze strony płuc. W tych przypadkach polecam zabieg operacyjny tylko osobom jeszcze czerstwym, u których zwłaszcza serce i płuca dobrze działają. Zresztą zalecamy paski przepuklinowe, a mianowicie u jeszcze silniejszych paski sprężynowe, u starszych, słabowitych — gumowe.

Ten rodzaj pasków przepuklinowych ma zamiast sprężyny silny pas gumowy, który osoby osłabione lepiej znoszą, niż sprężynę; ich działanie przy wstrzymywaniu przepukliny jest jednak o wiele mniejsze. W kilku takich przypadkach próbowałem napróżno wszystkich możliwych pasków przepuklinowych; zatrzymanie przepukliny nie udało mi się. Kilka razy pomogłem sobie w ten sposób, że trzewia odprowadzałem, skórę nad wrotami przepuklinowemi fałdowałem i przeprowadzałem nad nią kilka taśm przylepca i dopiero nad tym opatrunkiem plastrowym zakładałem pasek przepuklinowy. Było to potrzebne przy szczególnie wielkich przepuklinach u starszych ludzi, u których już nie było kanału przepuklinowego, lecz wrota przepuklinowe wewnętrzne i zewnętrzne zlały się ze sobą w jedne wrota. Jeżeli założyło się opatrunek w sposób taki, jak opisałem, to udawało się po kilku dniach względnie tygodniach skonstruować jednak pasek, który wstrzymywał przepuklinę.

Jeżeli to wszystko nie pomaga, to decydujemy się nierzadko nawet u starszych osób na zabieg operacyjny.

W tych przypadkach jest najlepiej operować ile możności w lecie, ponieważ w tym czasie, jak się zdaje, najrzadziej zdarzają się powikłania ze strony płuc.

Jak z tego krótkiego, jednakże na rzeczywiście wielkim materyale opartego opisu widać, jest trafny wybór między operacyą a paskiem przepuklinowym rzeczą bardzo ważną. Jeżeli się wybierze pasek przepuklinowy, to przepisać go powinien lekarz, a nie bandażysta, ponieważ zły pasek przepuklinowy może przynieść więcej szkody, niż pożytku.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Herman (Lwów): **O ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego,** z przedmową Prof. Dra Rydygiera. 1912, Lwów, K. Jaffy. Warszawa, E. Wende, 8⁰, str. 150,

Z radością powita każdy lekarz polski, a zwłaszcza chirurg, dziełko prof. Hermana. Sprawa, w niem omawiana, tylokrotnie w ostatnich latach była i u nas i zagranicą tematem obrad zjazdów i poszczególnych prac, tyle różnorodnych, niekiedy wręcz sprzecznych zdań się słyszało i czytało, że naprawdę nadszedł czas, aby lekarzowi praktycznemu dać do rąk nić przewodnią, ułatwić mu oryentowanie się. Autorowi, o ile mi się zdaje, ten właśnie cel przyświecał.

Rzecz ujęta jest wogóle krótko, zwięźle, jasno i zajmująco, a czyta się łatwo. Pewne drobne cechy językowe i pisowni (»we wyrostku«. »znachodzi się«, znaki zapytania po zdaniach zależnych) nadają charakter indywidualny.

Rozdziały: »Anatomia opisowa i topograficzna wyrostka robaczkowego«, »Patogeneza, etyologia i anatomia patologiczna zapaleń wyrostka« dają treściwy obraz panujących poglądów w umiejętnem a trafnem oświetleniu krytycznem.

W rozdziale »Symptomatologia zapaleń wyrostka« znajdujemy systematyczne zestawienie wszystkich znanych objawów. W tym rozdziale powinienby znaleść się pomiędzy objawami częstymi objaw Blumberga, wymieniony niżej wśród objawów rozlanego zapalenia otrzewnej. Objaw ten, stwierdzony ponad prawym dolnym kwadrantem brzucha, wraz z objawem Rovsinga w klasycznej czy innej odmianie (autor nie przywiązuje do niego większego znaczenia) oraz obroną mięśniową, dają wskazówki rozpoznawcze ważne, zwłaszcza o destrukcyjnym charakterze sprawy w wyrostku. Nie znajduję w tym rozdziale wzmianki o badaniu co do wolnego wysięku w jamie brzusznej.

Sprawa przebicia wyrostka robaczkowego i jej symptomatologia jest, jak mi się zdaje, traktowana zanadto »per se« i groźnemu słowu »przedziurawienie« nie zostało odjęte jego trochę jednostronne pojmowanie. Przecież przebicie wyrostka zdarza się znacznie częściej, niż uważana dawniej za jego nieuniknione następstwo fatalna »peritonitis perforativa diffusa«. Przebicie wyrostka wśród już powstałych zrostów ochronnych wiedzie przeważnie do ropnia umiejscowionego, i to niezawsze. Wśród obecnie coraz już rzadszych operacyi »na zimno«, nieraz znajdujemy wyrostek w stanie, świadczącym o przebytem przedziurawieniu, chociaż przypadek podczas napadu nie cechował się niczem szczególnie ciężkiem po za naciekiem, »plastronem«, w dole biodrowym. W związku z tem niedość może zaznaczony jest praktycznie zdaniem mojem najdonioślejszy podział zapaleń wyrostka na takie, które mają skłonność do ograniczenia się sprawy i takie, które tej skłonności nie pozwalają przewidywać.

W sprawie rozpoznania zupełnie podzielam zapatrywania autora. Podniesione przez niego trudności rozpoznawcze i ciężkie stąd wątpliwości zna każdy chirurg, mający rozstrzygać o operacyi. Zgadzam się również, że niejednemu błędnemu rozpoznaniu można zapobiedz przez dokładne szczegółowe zbadanie chorego. W różniczkowaniu od ostrych zapaleń przydatków narządów kobiecych nie spotykam dość dla nich charakterystycznego braku obrony mięśniowej, nawet w razie już zajętej otrzewnej.

Co do wskazań operacyjnych, zupełnie zgadzam się z autorem. A więc, bezwzględnie operacya wczesna, w ciągu o ile możności pierwszej, a najdalej drugiej doby. Nie przemawia przeciw temu ani to, że zmiany przytem w wyrostku znajdowane są często bardzo nieznaczne (nastrzykanie błony surowiczej, drobne wybroczyny w śluzówce), ani to. że wyjątkowo możemy trafić na wyrostek pozornie zupełnie zdrowy. Wyrostek, który raz »wyszedł z równowagi«, zawsze jest w jamie brzusznej niepożądany i nieobliczalny, a niebezpieczeństwo operacyi prawdziwie wczesnej należy ocenić w rękach wyćwiczonych chirurgów na 0,5% (Kümmel 1910, zestawienie z ostatnich 3 lat).

Stanowisko autora, że w okresie pośrednim należy wskazania do operacyi stawić oględniej i z wyborem, podzielam zupełnie, wbrew zdaniu t. zw. przez autora »interwencyonistów«, którzy w każdym przypadku i w każdym okresie operują. Oznaki szerzenia się zrazu ograniczonej sprawy, ropień lub inne powikłania dają tu wskazania do zabiegu na chorym, stale pozostającym pod ścisłym nadzorem. Operacye w sensie »interwencyonistów« dają w tym okresie rokowanie niepewne; — cyfrowo rozstrzygnąć, czy lepsze jest wyczekiwanie, czy operowanie podług szablonu, tu się jeszcze nie da. Nie mogę się pozbyć wrażenia, że sprawa dobrze otorbiona, ze skłonnością do spadku tętna i ciepłoty i bez groźniejszych innych oznak, w razie operacyi, rozklejania zrostów, szukania wyrostka i tamponady, nieraz kończy się źle, a w każdym razie gorzej, niż nieoperowana, jeżeli doliczymy przepuklinę pooperacyjną.

Co do operacyi »na zimno« najzupełniej się piszę na zdanie autora, że jest ona nawet »mniej etyczna« od operacyi wczesnej. W obecnych czasach, wobec szerzącej się wśród publiczności znajomości zapalenia wyrostka robaczkowego, można, zwłaszcza wobec inteligentnych mieszkańców miast, — a o takich przeważnie chodzi, — trzymać się zasady na zimno nie operować, lecz najściślej zalecić choremu, by się zgłosił do operacyi w pierwszym dniu już znanego mu nawrotu choroby. W ten sposób unikniemy operacyi w niejednym przypadku, w którym wcale nie miały nastąpić nawroty. Przytoczę tu jeszcze znamienne zdanie Kochera, wypowiedziane na Zjeździe w Berlinie 1910, a nie zapisane w stenogramach, że nadchodzi czas, gdy lekarz domowy będzie się wstydzić, jeśli dopuści swego chorego do operacyi na zimno, zamiast poddać go operacyi wczesnej.

Po tych uwagach raz jeszcze podnoszę, że Prof. Hermanowi należy się za podjęcie i piękne wykonanie tak trudnej pracy szczera wdzięczność od braci lekarskiej. Miejmy nadzieję, że praca ta wyjdzie na pożytek wielu cierpiącym, a nam chirurgom oszczędzi nieraz troski, ogarniającej wobec ciężkiego zapóźnionego przypadku.

Doc. Dr. Z. Radliński.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Rollier. **Leczenie gruźlicy światłem słonecznem.** (Wien. klin. Woch. 1912 Nr 30). Energiczny propagator leczenia gruźlicy, zwłaszcza chirurgicznej, Rollier z Leysin, donosi o wynikach tego sposobu leczenia u 650 chorych. Zwłaszcza korzystne wyniki osiąga się przy gruźlicy stawu biodrowego i kolanowego, stosując przytem co najwyżej

wyciąg. Sprawność stawu bywa po wyzdrowieniu zwykle znakomita. Także gruźlica gruczołów w ten sposób leczy się zazwyczaj korzystnie, przyczem gruczoły albo znikają lub rozmiękają tak, że przez nakłucie usunąć można ich treść bez oszpecenia. Martwaki z kości wydalają się pod wpływem tego leczenia o wiele wcześniej. Nadzwyczaj korzystnie działają też promienie słońca przy gruźliczem zajęciu otrzewnej, a nawet jelit. Leczenie to wpływa też znakomicie na stan ogólny, tak że nadaje się bardzo dobrze jako środek zapobiegawczy u dzieci wątłych. K.

Iselin. **Zachowawcze leczenie gruźlicy gruczołowej.** (Korr. f. Schw. Ärzte 1912 Nr 20). Na podstawie bogatego doświadczenia z kliniki bazylejskiej zaleca I. leczenie gruźlicy gruczołowej promieniami Röntgena. Oddaje ono tak dobre usługi, że od 3 lat bardzo już rzadko operuje się w Bazylei gruczoły gruźlicze, co najwyżej pojedyncze twarde, nie skłonne do rozmiękania. Wynik kosmetyczny jest bardzo dobry. Pomocne w leczeniu jest ogólne traktowanie ciała słońcem, przyczem należy unikać działania słońca na miejsca rentgenowane. K.

Spade. **Pierwsze próby nowego kombinowanego leczenia raka (podrażnienie elektro-magnetyczne i leczenie arsenem).** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 31). Autor osiąga podobno wcale dobre wyniki lecznicze przy rakach, zwłaszcza skórnych, wstrzykując w okolicę nowotworu tlenek żelaza (ferrum oxyd. nigrum) w zawiesinie i działając potem na tkanki elektromagnesem, a równocześnie wstrzykując śródżylnie atoksyl. Osiąga się przez to silne przekrwienie, a następowo tworzenie się tkanki łącznej i blizny i zanikanie nowotworu. Można też stosować na ranę pooperacyjną żelazo celem zapobiegania tworzeniu się nawrotów miejscowych. K.

Müller. **Spostrzeżenia lecznicze w 100 przypadkach nowotworów złośliwych, leczonych kombinacyą promieni Röntgena i przegrzewaniem** (diathermia). (Münch. med. Woch. 1912 Nr 28). Autor zachwala podane przez siebie jeszcze w r. 1909 powyższe kombinowane leczenie rentgenizacyą i diatermią. Oddaje ono cenne usługi, bo nieraz pobudza do zniknięcia nawet te nowotwory, które na same promienie Röntgena były dotąd odporne. Najlepiej znikają raki skórne, mięsaki zaś zachowują się różnie. Nawet przy tej samej budowie jedne mięsaki znikają bardzo szybko, inne są odporne. Ciekawą jest rzeczą, że najrychlej znikają nowotwory czaszki, potem tułowia, nowotwory zaś kończyn są najodporniejsze. Leczenie to nadaje się też po operacyach celem zapobiegania nawrotom. Skórę chroni M. okładami, zmoczonymi w rozczynie octanu ołowiowego. K.

Zeller. **Zastosowanie wewnętrzne i zewnętrzne środków leczniczych u chorych na raka.** (Münch. m. Woch. 1912. Nr 34—35). Kombinowany sposób leczenia nowotworów podług Zellera zasługuje na uwagę, albowiem wyniki leczenia są wcale dobre, co potwierdza również w przedmowie do pracy niniejszej Czerny z Heidelbergu. Zeller leczy raka w ten sposób, że miejscowo działa na tkankę guza pastą, złożoną z arszeniku i cynobru, a wewnętrznie podaje przetwory krzemowe. Te przetwory krzemowe wywołują nieraz już same rozpad guza lub jego znikanie, ale sprawa ta postępuje nieraz tak ostro, że wytwory rozpadu guza zatruwają ustrój i z tego też powodu stara się Zeller temu zapobiedz przez niszczenie miejscowe guza pastą, pod której wpływem guz zmienia się w miazgę martwiczą, a potem daje się łatwo wymyć, czy usunąć mechanicznie. Pastę nakłada Z. na guz w 8—14 dni, a krzem (t. zw. nacasilicum) podaje trzy razy dnia po 0·5. Leczenie to jest bolesne, ale wyniki, jak dotąd, wcale dobre, bo na 57 chorych u 44 osiągnął Z. wyleczenie, chodziło zaś nieraz o nawroty lub bardzo posunięte już nowotwory. K.

Peričić. **Leczenie zewnętrznego wąglika.** (Med. Klinik, 1912, Nr 34). Na podstawie obserwacyi 45 przypadków wąglika oświadcza się autor jedynie za leczeniem zachowawczem (spokój, leżenie w łóżku, zawieszenie kończyny, okłady z sublimatu 1:000 lub 10% wody Burowa). Wewnętrznie podaje autor co dwie godziny kroplę jodyny w wodzie i chininę. Zabieg chirurgiczny uważa P. poprostu za błąd; dozwolony jest on jedynie w razie silnego napięcia, zwłaszcza na powiekach, celem zapobiegnięcia ich zgorzeli. A.

Zinn. **O przerzutowych nerkowych i pozanerkowych ropniach w następstwie czyraków.** (Ther. d. Geg. 1912, IV). Z. zwraca uwagę na dość częste powstawanie ropni okołonerkowych i śródnerkowych w następstwie czyraków. Ropniom tym towarzyszy zwykle wysoka ciepłota o niestałym typie z dreszczami i objawami ogólnego schorzenia. Miejscowo chorzy skarżą się na ból w okolicy nerki, przyczem nieraz wykazać się daje jej powiększenie. Badanie moczu zwykle nie wykrywa nic nieprawidłowego, co najwyżej ciałka krwi czerwone. natomiast badanie bakteryologiczne ropy stwierdza ścisłą łączność z czyrakiem, bo zwykle gronkowca złocistego. Wczesne rozpoznanie, a co za tem idzie, wczesny zabieg chirurgiczny rozstrzygają nieraz o losie chorego. K.

Hagen. **Wskazania i granice wewnętrznego leczenia wola.** (Tow. lek. Norymberga, maj 1912). Leczyć wola szablonowo jodem jest obecnie wielkim już błędem. Zawsze trzeba naprzód zdać sobie sprawę, jaki rodzaj powiększenia gruczołu mamy przed sobą. ew. podając (dyagnoza ex juvantibus) z początku bardzo małe dawki przetworów gruczołu tarczowego. Do leczenia wewnętrznego nadają się głównie t. zw. hypotyreozy, a dalej przypadki, w których źródłem powiększenia gruczołu jest zwiększona z konieczności jego praca (wól przy ciąży, w czasie dojrzewania płciowego i t. p.). Badanie krwi podług Kochera oddać może cenne usługi i być probierzem skuteczności leczenia. Unikać należy szablonowego podawania w każdym przypadku powiększenia gruczołu, zewnętrznie i wewnętrznie jodu w postaci nalewki jodowej, jodku potasu, maści jodowej. O wiele lepiej, a bezpieczniej, działają organiczne przetwory jodu, jak jodotyryna, tyraden itp. Bezcelowe jest leczenie wewnętrzne we wszystkich degeneracyjnych postaciach wola i torbielach. Przeciwwskazane jest leczenie wewnętrzne w razie przeszkód mechanicznych i objawów uciskowych ze strony wola, a dalej tam, gdzie istnieją wybitne już objawy tyreotoksyczne lub objawy choroby Basedowa. K.

Volhard. **O sztucznej odmie piersiowej przy gruźlicy płuc i jamach oskrzelowych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 32). V. jest stanowczym zwolennikiem leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową. Posługuje się przytem przeważnie sposobem Forlaniniego, t. j. wprowadza gaz przez nakłucie klatki piersiowej i to igłą Bönnigera. Sposób ten oddaje nieraz cenne usługi także przy jamach oskrzelowych. U gruźliczych osiąga się rychło spadek ciepłoty, znikanie kaszlu i plwociny, ustanie krwawień i poprawę stanu ogólnego. Skutek zależy w wielkiej mierze od możności dokładnego uciśnięcia płuca. Chory cały czas nie jest przywiązany do łóżka. Złą stroną tego leczenia jest konieczność powtarzania odmy co pewien czas (nieraz i co miesiąc), i to pod kontrolą promieni Röntgena, długi czas leczenia, występowanie wśród leczenia wysięków opłucnych. Wysięki te jednak są zwykle surowicze i jałowe. Rzadko przy tem leczeniu przenosić się także może zakażenie na drugą, zdrowszą stronę. Wskazania: brak silniejszych zrostów opłucnych, sprawa jednostronna, jamy oskrzelowe bez zrostów opłucnych. Przeciwwskazania: ciężkie sprawy obustronne, ropień płuc, galopująca, rozsiana gruźlica. Gdy zrosty są zbyt duże, można próbować usuwania żeber lub ich części podług Wilmsa, przyczem jednak należy najpierw próbować zawsze leczenia odmą, bo rozpoznanie zrostów często może być mylne. A.

Scharff. **Leczenie uretrotermiczne.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 30). S. zbudował narzędzie, dozwalające leczyć ciepłem wewnątrz cewkę. przyczem ciepłotę można dokładnie regulować. Leczenie to oddawało S. cenne usługi

jako środek znieczulający cewkę, a dalej w leczeniu zwężeń. Jako optimum ciepłoty uznaje autor 45° C. przez 20—30 minut. K.

Kobelt. **Leczenie zwężeń cewki zapomocą świeczek wywołujących przekrwienie.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 30). K. uzupełnił powyższe narzędzie Scharffa w ten sposób, że sporządził odpowiednie włosowate świeczki do leczenia zwężeń cewki ciepłem elektrycznem. Próby, dokonane w klinice Biera, wypadły bardzo dobrze, a leczenie postępowało znacznie szybciej, niż przy innych sposobach. K.

Israel. **O operacyi przy kamieniach moczowodowych.** (Berlińskie Tow. urolog. VI). Opisano dotąd około 180 przypadków operowanych kamieni moczowodowych. Z tego sam Israel operował 58 przypadków. Kamienie moczowodowe pochodzą zwykle z nerek, a rosną dalej w moczowodzie, nieraz do dużych rozmiarów. Siedliskiem ich najczęstszem jest część miednicowa (65%), potem lędźwiowa (20%), biodrowa (11%), rzadko pęcherzowa. Przy badaniu może wzbudzać mylne przypuszczenie kamieni kurcz mięśni moczowodu, a przy badaniu promieniami Röntgena — kamyki kałowe, zwapniałe gruczoły i t. p. Rozpoznanie nieraz bywa bardzo trudne. Badać należy zawsze także promieniami Röntgena i to obie nerki i moczowody. Niebezpieczeństwo kamyka moczowodu leży w tem, że wywołać on może zastój w odpływie moczu w nerce, zakażenie następowe, bezmocz i ogólne zatrucie. Operować bezwzględnie należy wtedy, gdy bezmocz trwa 48 godzin, przy cierpieniu obustronnem i zakażeniu miedniczek. Czekać można zaś wtedy, gdy kamień jest tylko po jednej stronie, nie wywołuje bezmoczu, a odchodziły już kamyki samorodnie. Operować trzeba także wtedy, gdy kamień jest zbyt duży i stale tkwi w jednem miejscu, wywołując ból. Należy operować zewnątrzotrzewnie. Gdy kamień leży głęboko, ze względu na trudny szew należy podsunąć go wyżej ew. do nerki (gdy to łatwo idzie) i naciąć nerkę lub miedniczkę. Śmiertelność po operacyi 4%. K.

Böhme. **Śródpęcherzowa operacya nowotworów pęcherza.** (Tow. lek. drezdeńskie. IV. 1912). Zalecone przez Nitzego śródpęcherzowe operowanie guzów pęcherza rozwija się stale; świadczy o tem m. i. ciągłe ulepszanie instrumentaryum. Wskazania: klinicznie i cystoskopowo rozpoznawany nowotwór łagodny, średniej wielkości (najwyżej wielkości śliwki), uszypułowany lub na niezbyt szerokiej podstawie umieszczony. Po usunięciu guza przypala się jego podstawę i śledzi co pewien czas cystoskopem skutek, ewentualnie dopala się pozostałe części. Przeciwwskazania: nowotwór złośliwy, nowotwór zbyt duży, zwężenie cewki, pęcherz zbyt mały lub zbyt drażliwy. Operować można w znieczuleniu lędźwiowem, a nawet nieraz i bez niego. Następne posiedzenie nie powinno następować zbyt rychło po pierwszem, a to dlatego, aby się mogła już utworzyć blizna, przez co pole widzenia staje się znacznie większe. A.

Położnictwo i ginekologia.

Henkel. **Cięcie cesarskie szyjkowe przezotrzewne** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 49). Cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne podał Frank dla przypadków niepewnych pod względem zakażenia. Miało ono stanowić dla operatora wyjście tam, gdzie wahano się między cięciem cesarskiem klasycznem, a wymóżdżeniem żywego dziecka, jednakowoż okazało się ono operacyą atypową, której towarzyszy wielka śmiertelność i chorobliwość matek. Nie gwarantuje ono też szybkiego i pewnego wydobycia płodu, w którego interesie się wykonuje, lecz przeciwnie wydobycie to natrafia na znaczne trudności. Technicznie odpreparowanie otrzewnej jest szczególnie w początkach porodu trudne i często wiedzie do jej zranienia. Dalszą stroną ujemną zabiegu zewnątrzotrzewnego w porównaniu z klasycznym jest niemożność skontrolowania jamy brzusznej i wykonania w niej ewentualnego dodatkowego zabiegu. Stroną dodatnią jest poprowadzenie cięcia przez szyjkę. Ponieważ zdrowa otrzewna lepiej znosi zetknięcie się z materyałem zakażonym, niż rozległe rany w częściach miękkich, i ponieważ metoda przezotrzewna dokładnie chroni jamę brzuszną przed wtargnięciem takiego materyału, przeto autor gorąco poleca ją na miejsce zabiegu Franka. Sam wykonał cięcie szyjkowe przezotrzewne w 33 przypadkach, bądź niepewnych, bądź z pewnością zakażonych, z zupełnem powodzeniem (jedno zejście śmiertelne w 23. dniu po operacyi). A. Markowa.

Roemer. **Pituglandol w praktyce poliklinicznej.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 38). Na zasadzie 17 przypadków, gdzie pituglandol (Hoffman la Roche) bądź wywołał poród siłami natury, bądź stworzył w krótkim czasie bardzo korzystne warunki dla kleszczy, poleca autor gorąco stosowanie tego środka w praktyce prywatnej. A. Markowa.

Klotz. **Leczenie zapalenia otrzewnej pituitryną.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 38). Autor poleca leczenie zapalenia otrzewnej zapomocą śródżylnego wprowadzania pituitryny w ilości 1 cm³, ewentualnie w połączeniu z roztworem fizyologicznym soli kuchennej. Pituitryna usuwa porażenie jelit, podnosi ciśnienie krwi, dodatnio wpływa na sprawność mięśnia sercowego i wzmaga wydzielanie moczu. Nieodzownym jednak warunkiem jest równoczesne sączkowanie jamy brzusznej. A. Markowa.

Grünbaum. **Dalsze doświadczenia nad działaniem wyciągu z przysadki w położnictwie.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 38). Doświadczenia te obejmują 65 przypadków i potwierdzają dawniej już wypowiedziany pogląd autora, że wyciąg z przysadki (pituitryna, pituglandol lub raporol) jest doskonałym środkiem, wzmacniającym bóle porodowe lub wywołującym je tam, gdzie one wskutek zmęczenia mięśnia macicznego ustały. Wyciąg działa tem silniej, im dalej poród jest posunięty. Ujemnego wpływu na okres III. G. nie dostrzegał. A. Markowa.

Jäger. **O złamaniach kości ramieniowej u noworodków w przebiegu porodów samorodnych przy położeniu czaszkowem.** (Gynaek. Rundschau 1912. Nr 14). Autor opisuje dwa przypadki samorodnego złamania kości ramieniowej w przebiegu prawidłowego porodu i przytacza wiele innych z literatury. Podkreślając znaczenie sądowe tego rodzaju złamań, powstałych bez winy lekarza lub położnej, radzi J. po każdym porodzie kontrolować stan kończyn noworodka. A. Markowa.

Bertkau. **Dwa ciekawe przypadki złamania kości udowej dziecka w przebiegu porodu.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 31). Autor opisuje 2 przypadki, gdzie w czasie obrotu i wydobycia płodu nastąpiło złamanie kości udowej tej nóżki, której do obrotu nie używał. Przypadki te pouczają, że gdy przy wydobyciu płodu napotykamy opór, należy skontrolować ułożenie odpowiedniej kończyny. A. Markowa.

Wiesinger. **Trzy przypadki pierwotnego raka jajowodu.** (Gynaek. Rundschau 1912. Nr 13). Pierwotny rak jajowodu jest sprawą dość rzadką. W etyologii gra rolę poprzedzające zapalenie jajowodu, za czem przemawiałoby usadowienie nowotworu (część środkowa i zewnętrzna) i naciek drobnokomórkowy. Punkt wyjścia stanowi nabłonek wałeczkowaty. W przeciągu 10 lat napotkał W. 3 przypadki pierwotnego raka jajowodu. Objawy kliniczne: bóle, upławy, nieprawidłowe krwawienia z macicy. Bezpłodność nie jest objawem stałym; puchliny brzusznej W. nie znajdował. Jakkolwiek rak jajowodu jest, zdaniem Rosthorna i Kerhera, złośliwszym od raka macicy, to jednak w 2 przypadkach autora nie było nawrotu przez lat trzynaście i trzy. A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 23. IV. 1912.

Jasieński przedstawia chorego A. K. lat 34, przysłanego z kliniki chorób ocznych dnia 15. IV. 1912 z rozpoznaniem obustronnego zaniku nerwu wzrokowego. Chory skarży się, że od roku cierpi na nieustanne zwidywania wzrokowe, bezsenność i rozdrażnienie. Dziedzicznie nieobciążony. Przyszedł na świat zdrowy, rozwijał się prawidłowo, był jednak »nerwowy« od wczesnego dzieciństwa. Przechodził płonicę, odrę. W 21 r. życia ukończył szkoły średnie i rozpoczął studya prawnicze, w 24 r. wstąpił do służby celnej w Rosyi. W 21 r. przechodził kiłę, nie leczony rtęcią, w 27 r. zauważył, że prawem okiem nie widzi. Leczono go hydropatyą i jodem. W 31 r. począł gorzej widzieć na oko lewe i przeszedł odpowiednie leczenie w krakowskiej klinice chorób ocznych. W 32 r. (1910) nie mógł już czytać i lewem okiem. W lipcu 1910 r. dostał na klinice pierwsze wstrzyknięcie salwarsanu, poczem nastąpiła pewna poprawa wzroku, w październiku drugie wstrzyknięcie, które stanu nie zmieniło, w marcu 1911 trzecie. Natychmiast po tem wstrzyknięciu zemdlał. Otrzeźwiony zobaczył »masę fioletowych kropek« i od tej chwili zaczęły go męczyć zwidywania. Stany zupełnej ślepoty z wrażeniem wzrokowem barwy fioletowej, i rozpoznawanie światła z wrażeniem barwy białej zmieniały się dniami naprzemian. Barwę tę widział początkowo jakby gęstą mgłę, a wkrótce z mgły zaczęły się tworzyć obrazy, właściwe zwidywania wzrokowe: n. p. mgła biała przemieniała się w masę latających białych gołębi. Z czasem zwidywania te nabierają urozmaiconej treści: n. p. motyw gołębi przeistacza się w dom, w którym pełno klatek z gołębiami, klatki zsuwają się szybko po drutach, z klatek gołębie wylatują, a myśliwi do nich strzelają. Zwidywania, które jednego dnia miały barwę białą, powtarzają się często nazajutrz w barwie fioletowej, n. p. ludzie fioletowi przemalowują białe konie na fioletowo, a w rzędy końskie wtykają jaskrawe błyszczące ozdoby. W dalszym przebiegu choroby niknie przewaga koloru fioletowego, w zwidywaniach pojawiają się obrazy w barwach naturalnych. Utrzymuje się jednak do dziś przewaga barwy białej, wszystkie zwidywania, zanim znikną, bieleją. Z biegiem czasu zwidywania niejako się systemizują: kilkanaście typowych obrazów z małemi zmianami treści powtarza się ustawicznie, przybywają jednak od czasu do czasu nowe, związane z świeżemi przeżyciami uczuciowemi chorego. Zwidywania te, czasami dziwaczne, przeważnie są monotonne, a jeden i ten sam przedmiot lub też scena masowo się powtarza: n. p. masa gołębi, koni, wojska, domy o wielu piątrach i oknach, nad każdym oknem zegar, u każdego okna kran z wodą i ludzie pijący wodę (chory ma wzmożone pragnienie). Przeważającą ich cechą jest ustawiczny ruch, wszystko mknie, fruwa, rusza się z błyskawiczną szybkością, ludzie są zawsze na łyżwach i posuwają się błyskawicznie, wózki opatrzone mechanizmem toczą się po drogach wartko, karty treflowe suną po sznurach szybko w powietrzu. Drugą cechą obrazów błyskotliwość i jaskrawość, n. p. konie ozdobione błyszczącemi blaszkami, suknie na wzór jaskrawych kart treflowych, złote ażurowe biżuterye, cyganie puszczają lusterkami światło w oczy, świece w oczach i t. p. (Chory zachęcony, by podniósł czarne szkła, przesłaniające mu oczy i popatrzył ku oknu, natychmiast zasłania oczy, twierdząc, że razi go mnóstwo pstrych kart treflowych). Często powtarza się obraz ludzi, układających dla niego plan zwidywań na cały dzień, n. p. nad oknami domów zegary, pod których wskazówki ludzie podkładają plan zwidywań na każdą godzinę; ludzie przesuwają w kinematografie wstążki klisz z obrazami zwidywań; komisya niejako urzędowa zasiada za stołem i przewraca karty książki, w których zapisane są wszystkie zwidywania i układa ich rozkład na cały dzień. Ludzi tych chory nie zna, twarzy ich nie pamięta, do zwidywań odnosi się krytycznie, do owych ludzi nie ma żadnych pretensyi, nie czuje się przez nich prześladowanym. W niektórych zwidywaniach daje się wyśledzić motyw z dawnych jego upodobań, n. p. polowanie z psami, rybołostwo, jazda okrętem, łódkami, gra w karty; w niektórych — z przeżyć silnie zabarwionych uczuciowo, n. p. pierwszy biały koń, jaki mu się w zwidywaniu pojawił, to był biały dorożkarski koń, który go zawiózł w Krakowie do kliniki, gdzie spodziewał się wyleczenia, lub też przejawiają się kompleksy, związane z jego złym stanem zdrowia, n. p. ludzie wkładają go do grobu i zapalają świece w około, widzi siebie zmarłego na katafalku, a wuj (o którego zgonie przedtem się dowiedział) kładzie mu czarny krzyż w głowach i zapala świece i t. p. Niektóre zwidywania mają charakter wybitnie seksualny, inne są niejako szykaną na władze rosyjskie. (Chory jest poglądów liberalnych). Często daje się w nich wyśledzić wprost »spełnienie życzenia«, n. p. chory widzi się w otoczeniu kolegów przy miłej pogawędce; często są tworami, dziwacznie na pozór i bez związku sklejonymi na podobieństwo snów. Chory wyróżnia zwidywania męczące, w których wszystko goni z błyskawiczną szybkością, i spokojne, w których obrazy tylko z lekka drżą. Podczas spokojnych może snuć wątek swoich myśli; niespokojne tak go męczą, że chory lęka się ich, płacze i w bezradności zakrywa ręką oczy, by ich nie widzieć. W umęczeniu tem przychodzą mu czasem w pomoc przyjaciele: n. p. widzi, jak ludzie mu przyjaźni rozsnuwają białe płachty, jakby kurtyny, któremi zasłaniają pstre widowisko. Wtedy chory widzi siebie siedzącego w małym pokoiku, oddzielonym od świata białemi płachtami i uczuwa ulgę. Niektóre zwidywania bawią go swą treścią i śledzi zmienność i treść ich obrazów z zaciekawieniem.

Badanie fizyczne wykazuje u chorego zniesienie wszystkich odruchów źrenicznych, porażenie n. twarzowego po stronie prawej. Język zbacza na prawo, odruch gardłowy osłabiony. Niesprawność ruchów ręki lewej. Odruchy kolanowe i stopowe zniesione. Romberg. Zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca niema. Psychicznie: Inteligencya i pamięć zachowane, uderza jednak wielka drażliwość chorego, niecierpliwość i płaczliwość, chory jest zrozpaczony zwidywaniami i czuje się ciężarem rodzinie. Z powodu tych cech charakteru niemożliwem okazało się dokładne zbadanie psychoanalityczną metodą treści owych zwidywań, chory bowiem rozmawia niechętnie o treści zwidywań i domaga się rychłego usunięcia ich oraz dręczącej bezsenności. Krótkie doświadczenie skojarzeniowe wykazało pozornie jedynie kompleksy, związane z obecnym stanem chorego.

Jasieński rozróżnia wśród powyższych omamów dwa rodzaje: 1) błyski, — które najwięcej dręczą pacyenta, — wywołane są prawdopodobnie zanikiem nerwu wzrokowego; 2) więcej złożone, (często w formie symbolów seksualnych), są związane z osobistemi przeżyciami chorego.

W dyskusyi wskazuje Borowiecki na cały szereg cech paranoidalnych, a mianowicie podejrzliwość chorego, jego urojenia prześladowcze, które on rzutuje w omamach, a które nie są związane z jego osobowością; wreszcie chory widzi to, co myśli, podobnie jak chory na »dementia paranoides« słyszy swoje myśli. Nadto podnosi B., że świadomość osobowości jest utrzymaną. Za przyczynę omamów uważałby zanik nerwu wzrokowego. — Blassberg zastanawia się nad rozpoznaniem. Myślałby o dwóch sprawach: albo »tabo-paralysis«, albo »neoplasma latens«. — Piltz zwraca jeszcze uwagę na opadnięcie górnej prawej powieki i na włókienkowe drganie mięśni twarzy. Dopatrywałby się też małego stopnia zaburzeń mowy. Przychylałby się do rozpoznania »tabo-paralysis«.—Landau przeczy

podobieństwu do »dementia paranoides«, a to głównie dlatego, że krytycyzm chorego jest zachowany.— Rogalski rozpoznaje »tabo-paralysis«, a mianowicie jej formę ze zmianami ogniskowemi. Zmiany poraźne dotknęły głównie tylnych płatów kory mózgowej, zamiast, jak to bywa w zwykłej postaci, — płatów czołowych. Ta siedziba sprawy tłomaczy długi stosunkowo przebieg choroby, bardzo małe upośledzenie władz umysłowych i obecność omamów wzrokowych. R. nie zgadzałby się na to, by przyczyną omamów miał być zanik nerwu wzrokowego. Zmiany te są za stare, by obecnie mogły wpływać podrażniająco, z drugiej zaś strony charakter omamów, ich barwność obrazowa i częściowe usystemizowanie są objawem pracy schorzałej kory mózgowej.

Zgodzono się na rozpoznanie **tabo-paralysis.**

Posiedzenie z dnia 30. IV. 1912.

Landau przedstawia przypadek **wiądu rdzenia z wybitnemi zaburzeniami węchowemi i smakowemi, leczony salwarsanem.** Chory, który liczy obecnie lat 39, przechodził w 18 r. ż. kiłę, nie leczył się jednak prawie zupełnie (kilka zaledwie wcierań rtęciowych). Obecna choroba miała się rozpocząć w 31. r. ż. bardzo silnymi bólami strzykającymi i błyskawicznymi we wszystkich czterech kończynach i tułowiu; do bólów przyłączyło się niedługo podwójne widzenie, zaburzenia w oddawaniu moczu, chodzie, bóle opasujące, a wreszcie w ostatnim roku bardzo częste wymioty (do 50 razy dziennie) z wybitnemi zaburzeniami czucia smakowego i węchowego. Pod względem somatycznym nie brakło w tym przypadku w połowie grudnia 1911, gdy L. badał chorego poraz pierwszy, ani jednego prawie objawu, charakterystycznego dla wiądu rdzenia. L. przedstawia chorego z dwóch powodów. Przedewszystkiem z powodu owych zaburzeń węchowych i smakowych, które od roku blizko przeważały nad wszelkimi innymi objawami chorobowymi, a z którymi w wiądzie spotykamy się nadzwyczaj rzadko (Dejerine, Pfeifer, Erben i Umber). »Niczem nie były owe straszne bóle błyskawiczne«, opowiada chory, »jakie miewałem dawniej, wobec tych męczarni, jakie mi sprawia ten strasznie przykry zapach, którego ani na chwilę nie mogę się pozbyć. Zdaje mi się, że wszystko śmierdzi, jak zgniłe mięso, a czasem znowu zepsutemi jajami. Tylko wtedy, gdy coś jem lub piję, zapach ten na chwilę znika, ale bezpośrednio po jedzeniu powraca smrodliwy zapach, pobudza mnie do wymiotów i zrzucam wszystko. W ustach czuję bezustannie jakby jakąś spiekotę, jakieś palenie i takie mam uczucie, jakby na języku i podniebieniu pełno było włosów i kłaków. Pragnienie olbrzymie i tylko zimna woda i lód przynoszą mi ulgę«. Wrażenia te ze strony węchu i smaku tak były przykre i straszne, że chory nie mógł się wcale oddawać pracy, a nawet myślał i o samobójstwie. I z innego jeszcze powodu przypadek ten zasługuje na wzmiankę, a mianowicie ze względu na wynik leczenia. 24. I. b. r. wstrzyknięto w klinice chorób wenerycznych salwarsan w ilości 0,4 śródżylnie. Na trzeci dzień potem bezład w chodzie mniejszy, w kilka dni potem może chory przejść przez salę bez opierania się na lasce, a objaw Romberga znacznie mniejszy. Ponieważ jednak wymioty, jak i zaburzenia węchu i smaku i nadal się utrzymywały, zastosowano dziesięć wstrzykiwań strychniny po 0,001 podskórnie. W 10 dni po ostatniem wstrzyknięciu wymioty rzadsze, zboczenia węchu i smaku mniejsze, a od miesiąca nie wymiotuje chory zupełnie, zaburzenia zaś węchu prawie zupełnie mu nie dokuczają.

W dyskusyi podnosi Piltz, że dodatni wpływ salwarsanu na bezład w przebiegu wiądu rdzenia zdaje się mu być niewątpliwym. W kilku bowiem przypadkach leczonych w ambulatoryum widywał przedewszystkiem polepszanie się chodu i zmniejszanie się bezładu. Przytacza jednak również przypadek wiądu z silnym bezładem, gdzie wstrzykiwania salwarsanu nie dały żadnej poprawy. Co do wpływu jednak salwarsanu, względnie strychniny na zaburzenia węchu i smaku, to w tym kierunku należy być jeszcze ostrożnym z wypowiadaniem zdania; jeden przypadek o niczem jeszcze stanowić nie może, gdyż mogły objawy te przejść niezależnie od leczenia, tak jak to z różnymi objawami w przebiegu wiądu bywa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 1. X. 1912.

1) Higier przedstawił 35-letniego mężczyznę, od dzieciństwa przyzwyczajonego do ciężkiej pracy fizycznej, zawsze dawniej zdrowego i ze zdrowej pochodzącego rodziny, który od $1^1/_2$ roku narzeka na stopniowo zwiększające się osłabienie kończyn; osłabienie to zaczęło się od ręki prawej, przeszło na lewą, później dołączyło się osłabienie prawej, a następnie i lewej nogi. Bólów, trętwienia, znieczuleń, zaburzenia w oddawania moczu i kału nie było. Męczą chorego często i od pierwszej chwili mimowolne kurcze mięśni przy ruchach nagłych i energicznych. Zniekształceń kośćca niema. Brak objawów opuszkowych. Pobudliwość elektryczna prawego n. twarzowego wyraźnie osłabiona. Chód powolny, niedowładny, bez objawów spastycznych lub ataktycznych. Prawie zupełne porażenie i zanik drobnych mięśni dłoni, zwłaszcza m. międzykostnych i kłębu palca wielkiego, niedowład i zanik mięśni przedramion i ramion oraz ud. Niedowład rozginaczy stopy i palców nóg. Wybitne drganie włókienkowe. Pobudliwość elektryczna obniżona, w niektórych mięśniach częściowy odczyn zwyrodnienia, w innych galwano-toniczny skurcz wydłużony. Czucie zachowane. Odruchy ścięgnowe i okostne kończyn górnych słabe, odruchy kolanowe z trudnością dają się wywołać, odruchy Achillesa znacznie osłabione. Na ogół prawe kończyny słabsze od lewych. Brak zmian naczynioruchowych. O stanie ciepłoty, o skokach i zwolnieniach w rozwoju choroby, o kolejnem występowaniu zaniku i niedowładu, chory nic powiedzieć nie umie, co też utrudnia rozpoznanie między **sclerosis lateralis amyotrophica** (Charcot), a bardzo rzadką postacią **polyomyelitis subacuta adultorum,** dającą czasem poprawę lub wyleczenie. Za tą drugą chorobą przemawia poniekąd brak objawów spastycznych, osłabienie odruchów ścięgnowych i okostnych, obecność wczesnego zaniku mięśni ud, brak objawów opuszkowych i bardzo szybki rozwój cierpienia.

2) L. Kryński. **Leczenie rwy twarzowej wstrzykiwaniami wyskoku.** K. omawia szereg zabiegów operacyjnych, stosowanych w tem cierpieniu; ich cechę charakterystyczną stanowi coraz większy radykalizm w dążeniach i postępowaniu, mający na celu zapobieżenie nawrotom. Widzimy więc kolejno stosowane takie zabiegi, jak neurotomia, neurectomia, nerexaeresis, resectio ad basim cranii, exstirpatio gangl. Gasseri i resectio radicis n. trigemini. Wszystkie zabiegi na częściach nerwu obwodowych dają ogromną odsetkę nawrotów; bardzo dobre wyniki dają operacye wewnątrzczaszkowe, — tu odsetek nawrotów jest nader mały, stanowią one jednak zabieg ciężki, dający do $20^0/_0$ śmiertelności. W r. 1903 Schlösser podał myśl leczenia rwy twarzowej wstrzykiwaniem w gałęzie nerwu trójdzielnego wyskoku, który w stężeniu $80^0/_0$ niszczy nerw, wywołując rozpuszczenie i wessanie wszystkich jego części składowych z wyjątkiem otoczki. Dziś sposób ten ma już obszerną literaturę i kazuistykę złożoną z setek przypadków i zyskał licznych zwolenników swemi niezaprzeczonemi zaletami. Niektórzy bardzo poważni chirurgowie uważają zabiegi operacyjne krwawe wobec wstrzykiwania wyskoku za zupełnie zbyteczne w ogromnej większości przypadków (Kiliani, Alexander, Braun). Technika postępowania nie jest trudna, wymaga tylko dokładnej znajomości anatomii przebiegu nerwów i ich stosunku do otworów i kanałów kostnych czaszki. Co do otworów, leżących powierzchownie (foramen supraorbitale, f. infraorbitale, f. men-

tale), postępowanie jest proste: igiełkę strzykawki wbijamy poprzez skórę do otworu w kierunku przebiegu odpowiedniego kanału i wsunąwszy doń koniec igły, wstrzykujemy 1—1½ ctm. sz. 80% wyskoku. O wiele trudniejsze jest postępowanie z II i III gałęzią nerwu, kiedy chcemy wstrzyknąć w miejscu wyjścia ich przez otwory (okrągły i owalny) na podstawie czaszki. W celu przeniknięcia dokładnego igłą do każdego z tych otworów podał Offerhaus bardzo szczegółową metodę, opartą na dokładnych pomiarach kraniometrycznych, którą Kr. opisuje, demonstrując na rysunkach i szkieletach czaszek. W tych razach wstrzykujemy ilość większą wyskoku: 2—3, nawet 4 ctm. sz. Strony ujemne działania wyskoku są bardzo nieznaczne: ból palący po wstrzyknięciu, silny obrzęk skóry, niekiedy niewielkie wybroczyny; zauważano również trudność w żuciu.

Metodę tę stosował Kr. w 22 przypadkach rwy n. trójdzielnego (u 6 mężczyzn i 16 kobiet, w wieku od 30 do 70 lat). Siedziba bólu dotyczyła w 1 przypadku I gałęzi, w 4 przyp. II gałęzi, w 5 przyp. III g., w 2 przyp. I i II, w 8 przyp. II i III, oraz w 2 przyp. I, II i III gałęzi. Czas trwania wynosił 3 miesiące do 14 lat. We wszystkich tych przypadkach stosowano poprzednio najrozmaitsze sposoby leczenia, niekiedy całe ich szeregi, nie wyłączając zabiegów operacyjnych obwodowych. Z tych 22 przypadków otrzymano w 20 wynik leczenia dodatni: w 17 bóle po wstrzyknięciu ustąpiły zupełnie, w 3 po 2—3 miesiącach zjawiły się nawroty bólu słabsze, które znikły pod wpływem nowych wstrzyknięć. W 2 przypadkach wynik był ujemny; pomimo 4 i 6-krotnego wstrzykiwania bóle nie ustąpiły w zupełności, wskutek czego Kr. wykonał operacyę wycięcia II i III gałęzi u podstawy czaszki z wynikiem zupełnie dobrym.

Wyniki swych doświadczeń streszcza Kr. w sposób następujący: 1) Wstrzykiwanie wyskoku w nerwobólach nerwu trójdzielnego jest metodą cenną, dającą w ogromnej większości przypadków wyleczenie. Na korzyść jej przemawia nadto zupełna nieszkodliwość dla chorego, łatwość rękoczynu i możność powtarzania wstrzykiwań w razie nawrotów. 2) Postępowanie to powinno stanowić metodę zasadniczą, od której należy rozpoczynać leczenie rwy twarzowej. 3) Zabiegi operacyjne krwawe stosować należy dopiero po wypróbowaniu bezskuteczności wstrzykiwań wyskoku. W tych przypadkach, pomijając operacye obwodowe, wykonywać potrzeba wycięcie gałęzi nerwu u podstawy czaszki. Zabiegi wewnątrzczaszkowe powinny być jedynie »ultimum refugium« w przypadkach nerwobólów wyjątkowo uporczywych.

W dyskusyi Kopczyński Stan. podkreśla, że do leczenia metodą wstrzykiwania wyskoku nadają się wyłącznie przypadki nerwobólu samoistnego, nie zaś objawowego. Kopczyński spostrzegał wraz z prelegentem znaczną liczbę jego przypadków i istotnie widział poprawę zdumiewającą. Nawroty oczywiście bywają, bo nawet Sicard, mający bodaj najwięcej pod tym względem doświadczenia, widział chorego, któremu w ciągu 5 lat wstrzyknięto do nerwu wyskok 110 razy. Sprawdzianem zatrucia nerwu jest stałe znieczulenie w obrębie danej gałązki. Francuscy klinicyści dodają do wyskoku 2% mentolu i 1% nowokainy.

Łapiński Teodor zwraca uwagę na to, że ból jest rzeczą względną; często ustępuje pod wpływem jakiejś pochłaniającej idei, uczucia. Sugestya często usuwa silne bóle. Zniknięcie lub zmniejszenie bólu w wielu razach zależy od indywidualności osobnika, od jego sugestyjności, od zaufania, jakiem darzy swego lekarza. Stosując więc metodę leczniczą, należy przedewszystkiem ściśle ustalić rozpoznanie i uprzytomnić sobie, z jakim osobnikiem mamy do czynienia. W r. b. Ł. obserwował chorą na rwę n. trójdzielnego; żadne środki, zwykle w tych razach używane, bólu nie usuwały; zaproponowano przeto chorej wycięcie zwoju Gassera; chora wtedy zwróciła się do Ł. i po kilku uśpieniach hipnotycznych bóle ustąpiły prawie zupełnie.

Szmurło zaznacza, że wyskok zyskał opinię doskonałego środka znieczulającego w wielu nerwobólach; w dysfagii gruźliczej wyskok ze wszystkich środków daje wyniki najlepsze. W jednym takim przypadku Sz. widział zupełne zniesienie bólu przy łykaniu, przez 3 tygodnie po wstrzyknięciu w nerw krtaniowy górny 95% wyskoku.

Janowski utrzymuje, że przed zdecydowaniem się na jakikolwiek zabieg chirurgiczny próbować zawsze należy leczenia, polegającego na silnem wygniataniu (nie miesieniu) gałązek nerwu trójdzielnego w miejscu ich wyjścia z otworów czaszkowych. Na mocy długiego doświadczenia J. oświadcza, że ten prosty zabieg daje wyniki wprost imponujące, przynajmniej w 90% przypadków nerwobólu n. trójdzielnego i potylicznego. I tu zdarzać się mogą nawroty, lecz nowa serya wygniatań zazwyczaj zmniejsza, a prawie zawsze usuwa cierpienie.

Gajkiewicz jest tego zdania, że wszystkie metody leczenia rwy są względne; i po wygniataniu ból wraca. Czy wstrzykiwania wyskoku dadzą lepsze wyniki co do trwałości wyleczenia, dopiero dalsza obserwacya wykaże; w każdym razie i tu nasuwają się wątpliwości, jeśli Sicard wstrzykiwał w jednym przypadku aż 110 razy.

T. Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 18. maja 1912 r.

I. Dyskusya nad odczytem kol. Stefana Kohna: **O leczeniu krwotoków macicznych.**

Kol. Edward Kohn zaznacza, że prelegent nie wspomniał w swym referacie o wpływie chininy i naświetlania jajników. — Kol. Rejman dowodzi, że mimo różnego działania fizyologicznego leków, stosowanie mieszanek daje często wyniki pomyślne. — Kol. Wasilewski zauważa, że w odczycie pominięto środki termiczne i mechaniczne, stosowane dla wstrzymania krwotoków, a mianowicie przyżeganie parą, tamponowanie, skręcenie macicy lub przechylenie jej ku przodowi. — Kol. Rozenfeld sądzi, że podział krwotoków na tętnicze, żylne i śluzówkowe nie zgadza się z wymaganiami klasyfikacyi logicznej. Zasada podziału powinna być zawsze jednakowa. — Zdanie to popiera również kol. Biegański. — Dalej mówi kol. Rozenfeld o przeciwieństwie fizyologicznem gruczołów sutkowych i jajników. Na tej podstawie lekarze amerykańscy radzą stosować przetwory gruczołów sutkowych w różnego rodzaju krwotokach, zwłaszcza przy włókniakach w porze przekwitania. — Kol. Stefan Kohn odpowiada, że chinina pobudza skurcz włókien gładkich i może mieć pewne zastosowanie w praktyce położniczej. Naświetlanie jajników może być pożyteczne, i o tem była krótka wzmianka w odczycie. Mieszanki, składające się ze środków lekarskich o różnem działaniu fizyologicznem, są niedopuszczalne. Najwyżej łączyć można sporysz z gorzknikiem kanadyjskim. Przyżeganie parą już zarzucono. Środki mechaniczne mogą mieć zastosowanie tylko w położnictwie. Nie przesądzając wartości podanej przez siebie klasyfikacyi ze stanowiska logiki, kol. St. Kohn sądzi, że jest ona najodpowiedniejszą ze stanowiska praktyki lekarskiej.

II. Kol. Rozenfeld: **Nowe prądy w badaniu chorób nerkowych.** Dotychczasowe sposoby badania (białkomocz, wałeczki) nie dają lekarzowi dostatecznego punktu oparcia w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu chorób nerkowych. W ostatnich latach zabiegi klinicystów mają przedewszystkiem na celu poznanie i określenie sprawności wydzielniczej nerek. Z pośród wielu sposobów, służących do określenia t. zw. przepuszczalności nerek (perméabilité), najłatwiejszym a względnie ścisłym jest sposób, zalecany przez autorów francuskich i polegający na wstrzyknięciu w okolicę pośladkową 1 ctm. 5% rozczynu błękitu mety-

lenowego. Przy prawidłowej przepuszczalności nerek błękit zaczyna się wydzielać z moczem w końcu pierwszej godziny, zabarwia mocz najsilniej po upływie 6 godzin, znika średnio po 50 godzinach. W warunkach chorobowych czas i rytm wydzielania błękitu metylenowego ulega znacznym wahaniom i świadczyć może o zwiększonej lub zmniejszonej sprawności wydzielniczej nerek. Oprócz badania zapomocą błękitu, konieczne jest jeszcze określenie stopnia t. zw. azotemii czyli zatrzymania azotu we krwi. Do badania wystarcza 10 ctm. surowicy, otrzymanej z bańki ciętej. Można również określać mocznik w płynie mózgowo-rdzeniowym. Surowica prawidłowa zawiera w litrze 0·2 mocznika (Castaigne). Przy zatrzymaniu azotu bywa 0·5—1·0 mocznika, czasami 2·0—3·0 i więcej. Powyżej 2·0 rokowanie jest zwykle niepomyślne. Azotemia bywa często jedynym objawem marskości nerki. Pozostaje jeszcze do określenia stopień zatrzymywania się chloru w ustroju chorego, gdyż najczęściej poprzedza ono lub towarzyszy obrzękom. Najprostszym jest sposób Widala, polegający na określeniu stosunku chloru pokarmowego do chloru wydzielonego przez nerki. Oprócz powyższego, obowiązkiem lekarza jest zbadanie ciśnienia tętniczego i stanu serca. Wszystkie te sposoby badania dają lekarzowi niezmiernie ważne wskazówki w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu przewlekłych cierpień nerkowych. Dawny podział anatomiczny chorób nerkowych utracił podstawy i ustąpił miejsca podziałowi, opartemu na podstawie czynnościowej klinicznej. Autorowie francuscy, jak n. p. Castaigne, odróżniają cztery postacie przewlekłego zapalenia nerek, które różnią się pod względem przepuszczalności nerkowej, pod względem zatrzymania azotu i chloru. Nawet w całokształcie obrazu klinicznego mocznicy można wyodrębnić dwie kategorye objawów, z których jedne powstają na tle azotemii, inne zaś wskutek zatrzymania chloru (chlorurémie).

Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

III. Kol. Wacław Kohn pokazał **przyrząd**, służący **do fotografowania preparatów** drobnowidowych, rysowania i rzucania na ekran. Na ekranie przedstawiono gruźlicę skóry, promienicę płuc, raka sutka, włośnicę mięśni, mięsaka czerniaczkowego. Prócz tego pokazał kol. Wacław Kohn szereg preparatów drobnowidowych, między innemi laseczniki dżumy w gruczole chłonnym, laseczniki gorączki maltańskiej, piroplazmy we krwi gołębia.

Posiedzenie z d. 15. czerwca 1912.

I. Dyskusya nad odczytem Rozenfelda: **Nowe prądy w badaniu chorób nerkowych.**

Kol. Wacław Kohn sądzi, że określenie ilościowe mocznika we krwi połączone jest z pewnemi trudnościami. Sposób Yvona wymaga kilku godzin pracy laboratoryjnej i nie jest zupełnie ścisły. Dla celów naukowych klinicznych należy bezwarunkowo posługiwać się sposobem Kjeldahla, atoli duży nakład pracy oraz znaczna ilość krwi, potrzebnej do badania, utrudniają zastosowanie tego sposobu w praktyce prywatnej. Z tych względów niektórzy polecają sposób Barcrofta, gdyż, pomijając już uproszczoną technikę, do badania wystarcza tylko 1 ctm. krwi. Dalej podnosi kol. W. Kohn znaczenie kryoskopii, wymienia kilka sposobów, służących do określenia zatrzymania chloru, wreszcie mówi o białkomoczu, wywoływanym sztucznie przez podanie wewnętrzne 6 białek jaj kurzych. — Kol. Łokczewski przypomina artykuł Rzętkowskiego w sprawie azotemii, drukowany w »Gazecie lekarskiej«. Rzętkowski na podstawie osobistych spostrzeżeń dowodzi, że prawidłowa zawartość mocznika w litrze krwi ludzkiej wynosi 1,007 gr. W zapaleniu płuc włóknikowem ilość mocznika we krwi przewyższała nawet 4%, nie dając żadnych zgoła objawów zatrucia moczowego. Stąd też azotemia sama przez się nie ma tej bezwzględnej wartości w rozpoznawaniu i rokowaniu, jaką jej przypisują lekarze francuzcy. — Kol. Biegański przypomina wykład o czynnościowem rozpoznawaniu chorób nerkowych, który przed 2 laty wygłosił w Towarzystwie. Była wówczas mowa o czynności poszczególnych części nerek oraz o sposobach, które mogą służyć do odróżnienia zapalenia kanalików i kłębków nerkowych. Kol. Biegański sądzi, że badania klinicystów francuskich nie są jeszcze ostatecznie ustalone, a nadto mogą mieć szersze zastosowanie tylko w klinice. — Kol. Rozenfeld przyznaje, że badania powyższe, stosowane przez lekarzy praktyków, nie będą może stanowić poważniejszych przyczynków naukowych, pozwolą jednak racyonalniej, niż dotychczas, traktować chorych. W upatrywaniu trudności praktycznych jest nieco przesady. Określenie przepuszczalności nerek zapomocą błękitu metylenowego jest łatwe, określenie ilościowe mocznika we krwi sposobem Yvona, jakkolwiek niezupełnie ścisłe, da się wykonać w każdej pracowni, a nawet w aptece. Obliczenie chlorków powinna poprzedzać kilkudniowa dyeta, w której sól znajduje się w znanym, ściśle określonym stosunku (1·5 gr w litrze mleka). Co się tyczy artykułu Rzętkowskiego, to był on szczegółowo rozpatrzony w odczycie. Badania Rzętkowskiego, oparte zresztą na szczupłym materyale klinicznym, nie przeczą zasadniczo poglądom lekarzy francuskich. Autor ten stwierdza również, że największe ilości mocznika we krwi spostrzegamy w zapaleniu nerek, nakazuje tylko pewną ostrożność w rokowaniu na podstawie azotemii i nie traktuje jej, jako sprawy dla zapalenia nerek swoistej.

II. Kol. Wacław Kohn opisał przypadek **moczenia mleczystego (chyluria)** i przedstawił mocz chorej. Mocz prawie biały, $^{1}/_{4}\%$ białka, 0·66% cukru, ciężar gatunk. 1019, pod drobnowidem masa tłuszczu. Chora ma lat 38, wychudzona, małokrwista, bez gorączki, od 3 tygodni leczona na zapalenie nerek.

W dyskusyi opisuje kol. Biegański przypadek podobny. Mężczyzna l. 25, wydzielał okresowo mocz mleczysty. Po 4 nawrotach wyzdrowienie zupełne. Ze względu na powstawanie trzeba odróżniać dwie postacie kliniczne moczenia mleczystego. Pierwsza powstaje pod wpływem nitkowców (filaria sanguinis), druga, jak świadczą badania pośmiertne, jest następstwem rozszerzenia naczyń chłonnych w drogach moczowych. Pęknięcie naczynia chłonnego do moczowodu lub pęcherza jest powodem obecności mleczu. Przyczyną rozszerzenia naczyń chłonnych są nieraz guzy. W moczeniu mleczystem okresowem rokowanie zazwyczaj pomyślne. W końcu mówi kol. Biegański o różnicy między moczeniem mleczystem i tłuszczomoczem (lipuria).

III. Apt. Nowak: **Sprawozdanie z pierwszego Zjazdu aptekarzy w Łodzi** w d. 25 i 26 maja 1912 r. Prace Zjazdu podzielono na 6 sekcyi, w których wygłoszono 24 referaty. Jakkolwiek Zjazd poświęcony był przeważnie sprawom zawodowym, bardzo ważnym ze stanowiska społecznego, zajął się jednak niemniej gorliwie wieloma sprawami z zakresu naukowego. Największy nacisk położono na reformę wykształcenia farmaceutycznego. Oświadczono się za bezwarunkowem wprowadzeniem egzaminu dojrzałości i rozszerzeniem programu wykładów uniwersyteckich. W referacie Bukowskiego została opracowana sprawa fałszowania produktów spożywczych. Przyjęto w tej mierze szereg wniosków, zdążających do poprawy obecnego stanu rzeczy. Ożywioną dyskusyę wywołał referat p. Przeździeckiego o nieuczciwem współzawodnictwie składów aptecznych. Wniosek, zdążający do pewnych zmian w ustawie aptekarskiej i handlu towarami aptecznymi, przesłany zostanie do Departamentu lekarskiego. W dziale naukowym zasługuje na uwagę referat Majewskiego, historya współczesnej iatrochemii, oraz referaty Szydłowskiego, Skulskiego, Otolskiego, poświęcone standartyzacyi leków i surowic. Weil opracował referat o warunkach, koniecznych dla stworzenia i rozwoju przemysłu chemicznego w Królestwie.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos kol. Edward Kohn, Biegański, Kędzierski, Szaniawski, apt. Prüffer, Szydłowski i Długosz.

IV. Kol. Szaniawski: **O cholerynie dziecięcej.** Rzecz przedstawiona w świetle poglądów autorów francuskich, a głównie Lesagea. Drobnoustroju swoistego dotychczas nie zdołano wykryć, jakkolwiek jestto choroba zakaźna, lecz niezaraźliwa. W etyologii oprócz wadliwego karmienia sztucznego, mieszkań gorących i dusznych, upałów letnich, omówiono bliżej wpływ, jaki, zdaniem Lesagea, wywiera na ustrój dziecka wzniesienie ciepłoty zewnętrznej i wyładowań elektryczności. W okresie zwiastunów przynajmniej w 85% przypadków można stwierdzić nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych, sapkę i kaszel, zbliżony do krztuścowego. Z objawów klinicznych, oprócz znanych ogólnie, zasługuje na uwagę nierównomierne ochładzanie się skóry, często występujące pasami. Ciepłota w odbytnicy dochodzić może do 40°, natomiast na powierzchni ciała waha się od 33° do 35°. Serce nieraz do ostatniej chwili kurczy się energicznie, mimo że tętno w tętnicy sprychowej jest ledwie wyczuwalne i zwolnione. Leczenie polega przedewszystkiem na zwalczaniu zapadu. W tym celu stosujemy wstrzykiwania olejku kamforowego, rozczynu fizyologicznego soli i kąpiele ciepłe. W ciągu 24—72 godzin dyeta wyłącznie wodna. Jako środek przeciwtoksyczny, surowica krwi matki.

W dyskusyi kol. Wasilewski wyraża powątpiewanie, czy istotnie wpływ samego przez się upału może być tak szkodliwy dla ustroju dziecka, jak to przyjmuje Lesage. Wiadomo bowiem, że dzieci, karmione piersią, znoszą upały stosunkowo dobrze. W leczeniu podkreśla kol. Wasilewski wielką wartość kalomelu i kwasu solnego. — Kol. Rozenfeld sądzi, że w leczeniu choleryny należy uwzględnić głębokie przemywania kiszek, w dyetetyce bulion jarzynowy (Méry). Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Doroczne Zebranie ogólne z dnia 23 marca 1912.

Obecnych 18 członków rzeczywistych, wobec czego na zasadzie § 14. ustawy zebranie prawomocne.

1) Na przewodniczącego zebrania zaproszony przez aklamacyę kol. Żołędziowski.

2) Sekretarz odczytał sprawozdanie z ruchu członków i działalności naukowej.

Ze sprawozdania tego wynika, że 1. stycznia 1912 Towarzystwo liczyło 41 członków rzeczywistych, samych lekarzy, zamieszkujących w powiecie będzińskim.

Oprócz zebrania organizacyjnego odbyło się 6 posiedzeń a mianowicie w maju — 2, w czerwcu, październiku, listopadzie i grudniu po 1. Najwięcej obecnych było na posiedzeniu inauguracyjnem, mianowicie 34, najmniej na październikowem, bo tylko 15. Średnia frekwencya 21.

Referatów wygłoszono 9, a mianowicie: I. Z dziedziny chorób wewnętrznych: 1) Kol. Weinzieher: Przypadek duru brzusznego o szczególnym przebiegu. II. Z dziedziny chirurgii: 2) Kol. Czajkowski: Przyczynek do etyologii zapaleń wyrostka robaczkowego. 3) Kol. Arnold: O rokowaniu w chirurgii. III. Z dziedziny medycyny sądowej: 4) Kol. Weinzieher: Z kazuistyki sądowo-lekarskiej. IV. Z dziedziny spraw sanitarno-higienicznych: 5) Kol. Dehnel: O rozwoju stosunków sanitarnych w Zagłębiu w ciągu ostatnich 25 lat. 6) Tenże: Rozwój i stan szpitalnictwa w Zagłębiu w ciągu ostatnich 25 lat oraz uwagi o szpitalach prowincyonalnych. 7) Kol. Puterman: O pracowniach prowincyonalnych. V. Z dziedziny spraw zawodowych: 8) Kol. Wołkowicz: O lekarzu fabrycznym. 9) Kol. Perelman: O pomocy lekarskiej fabrycznej.

Oprócz tego opowiedział kol. Czajkowski: 1) O przypadku zapalenia opon gruźliczego, leczonym zapomocą wstrzykiwań własnego wyrobu surowicy w ciągu ostatnich dni życia bezskutecznie; 2) o przypadku pokąsania przez psa wściekłego, leczonym w maju 1910 r. u Palmirskiego; po roku wystąpiły pomimo leczenia objawy wścieklizny; 3) o przypadku zapalenia opon mózgowordzeniowych, wyleczonym zapomocą szczepionek swoistych własnego wyrobu; 4) o przypadku wyleczenia zapalenia stawu biodrowego gruźliczego zapomocą szczepionek swoistych własnego wyrobu. Nadto przedstawili: 1) Kol. Arnold, preparat craniorhachischisis; 2) kol. Dehnel, koniec palca z wyrwanym przez maszynę przędzalniczą ścięgnem wspólnego zginacza palców, długości 25 cm.

W ciągu tegoż okresu Zarząd, w skład którego wchodzili: Kol. Czajkowski (prezes), kol. Królikowski (wiceprezes), kol. Weinzieher (sekretarz), kol. Zieleniewski (skarbnik), kol. Puterman (bibliotekarz) i kol. Dehnel i Pfabe (członkowie), odbył 5 posiedzeń, na których omawiano wnioski nagłe, przedstawione na posiedzeniu organizacyjnem i przekazane Zarządowi do zaopiniowania, zajmowano się stroną gospodarczo-administracyjną Towarzystwa, ułożono budżet, układano porządki dzienne posiedzeń ogólnych i w myśl § 1e ustawy starano się wpływać łagodząco na nieporozumienia między kolegami, opierające się o Zarząd.

3) Bibliotekarz odczytał szczegółowe sprawozdanie o stanie księgozbioru Towarzystwa i ruchu czytelnianym. Ze sprawozdania tego okazuje się, że 1. stycznia 1912 r. biblioteka liczyła 877 tomów dzieł lekarskich, odpowiednio skatalogowanych i podzielonych na 20 działów; korzystało w okresie sprawozdawczym z księgozbioru 11 kolegów, którzy wypożyczyli 40 książek i 38 numerów czasopism. Najwięcej czytano z działu pedyatryi (12 tomów).

4. Przedstawiono Towarzystwu projekt działalności na r. b. i rozdano kolegom 14 tematów do opracowania. Projekt ogólne zebranie zaaprobowało.

5. Do Zarządu zostali wybrani: Kol. Czajkowski prezesem, kol. Królikowski wiceprezesem, kol. Weinzieher sekretarzem, kol. Zieleniewski kasyerem, kol. Puterman bibliotekarzem i kol. Dehnel i Pfabe, wszyscy ponownie. Do komisyi rewizyjnej wybrano kol. Arnolda, Falkowskiego i Suchodolskiego. S. Weinzieher.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 23. X. 1912 posiedzenie, na którem Doc. Radliński przedstawił operowany przypadek wgłobienia okrężniczo-okrężniczego, a Dr Janiszewski przedstawił i objaśnił plany nowych zakładów sanitarnych miejskich. W dyskusyach przemawiali prof. Braun, prof. Gliński i i.

— Najbliższe posiedzenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego poświęcone będą seryi wykładów z zakresu neurologii i psychiatryi. Posiedzenia w d. 30. X. i 2. XI. odbędą się w klinice prof. Piltza (ul. Kopernika 46).

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w dn. 19. X. 1912 następującemi sprawami: Bystra pod Białą jako miejsce klimatyczne, budowa szpitala w Kamionce strumiłowej, utworzenie okręgu sanitarnego w powiecie Jarosławskim, grobowce rodzinne w Burakówce i Czyszkach.

— Na półrocze zimowe zapisało się na Wydział lekarski w Krakowie 476 słuchaczy zwyczajnych, 5 nadzwyczajnych, 51 słuchaczek zwyczajnych i 2 hospitantki (ogółem 534).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Klemens Jan Lipiński, rodem z m. Łodzi.

— W klinice chirurgicznej we Lwowie odbyła się w zeszłym tygodniu uroczystość 25-lecia pracy profesorskiej r. dw. Dra Ludwika Rydygiera. W sali wykładowej, przybranej kwiatami, zebrali się profesorowie Wydziału lekarskiego z rektorem Dr Beckiem, liczne grono lekarzy wojskowych, asystenci, słuchacze i słuchaczki. Wchodzącego Jubilata przyjęto oklaskami, poczem chór akademicki odśpiewał kantatę. Nastąpiły przemó-

wienia. Najpierw zabrał głos Dr Ostrowski w imieniu asystentów i byłych uczniów; imieniem uniwersytetu przemówił rektor Dr Beck; szef lekarzy wojskowych Dr Longchamps imieniem lekarzy wojskowych XI korpusu; Dr Kučera imieniem Wydziału lekarskiego uniwersytetu lwowskiego; w imieniu lekarzy wojskowych obrony krajowej Dr Kapper; imieniem Tow. lekarskiego lwowskiego Dr Skałkowski, wreszcie imieniem uczniów Dr fil. Schreiber. Jubilat podziękował serdecznie za wszystkie życzenia, poczem wygłosił odczyt p. t.: »O leczeniu ran postrzałowych w czasie wojny«. Piękną uroczystość zakończył chór akademicki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 13. X. do 19. X. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych — † 1), krztuśca 2 † 1, ospy wietrznej —, płonicy 4 † 1, duru brzusznego 4 † — (1 † —), czerwonki 4, róży 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo farmaceutyczne warszawskie obchodziło czterdziestoletni jubileusz. Założone głównie przez Lilpopa, F. Szteynera, E. Andersa i W. Karpińskiego, posiada Towarzystwo piękną bibliotekę, gabinety farmakognostyczny, mineralogiczny, fizyczny, chemiczny, najbogatsze w kraju zbiory botaniczne, wydało szereg podręczników i dzieł naukowych, urządzało konkursy na prace naukowe, wykłady dla uczniów farmacyi, a od r. 1874 wydaje własny doskonale redagowany organ: »Wiadomości farmaceutyczne«. Przy Towarzystwie powstała kasa wsparcia podupadłych farmaceutów, wdów i sierot. Od r. 1899 ma Towarzystwo własny dom, w którym założyło pracownię analityczną (w r. 1906 oddaną bezpłatnie na użytek Tow. kursów naukowych). Towarzystwo położyło wielkie zasługi około rozbudzenia ruchu umysłowego wśród młodzieży farmaceutycznej.

— Miejski zakład położniczy przy ul. Karowej na 70 łóżek otwarty zostanie w listopadzie. (Gaz. lek. 42).

— »Gazeta lekarska« (Nr 42) występuje ostro przeciw coraz częstszemu w Warszawie niewłaściwemu reklamowaniu się lekarzy, uchybiającemu godności stanu.

— Dr Chybczyński rozpoczął wydawnictwo miesięcznika lekarskiego w języku esperanto p. t. »Kuracisto«. (Lekarz). Lekarze pragnący, aby oryginalne ich prace polskie zostały zreferowane w tym miesięczniku, zechcą nadsyłać streszczenia w języku polskim (ewentualnie w esperanto) pod adresem: Dr L. Chybczyński, Warszawa, ul. Szopena Nr 1.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 14. X. do 21. X. 1912 przypadków: ospy 3 † —, płonicy 1 † —, róży —, czerwonki — † 1.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. Departament sanitarny serbskiego ministerstwa wojny zwrócił się do Towarzystw lekarskich polskich z prośbą o ogłoszenie, iż poszukuje lekarzy, wyłącznie do szpitali w granicach samej Serbii. Oprócz zdrowia fizycznego wymagana jest znajomość służby szpitalnej, a pożądane wykształcenie chirurgiczne. Zobowiązanie conajmniej na 3 miesiące, płaca 400 franków miesięcznie; koszta podróży II klasą do Belgradu i z powrotem (z kosztami bagażu) zwrócone zostaną w Belgradzie. Lekarze ci nie będą należeć do wojskowego korpusu lekarskiego i nie będą nosić uniformu. Zgłaszać się należy do »Direction de santé militaire de Serbie«.

— Izba posłów parlamentu austryackiego odesłała projekt ustawy o chorobach zakaźnych z powrotem do swej komisyi sanitarnej. »Quousque tandem?«

— Jedyną rzeczywiście lekarską instytucyą ubezpieczeń jest w Austryi »Pensionsinstitut des Wiener medizinischen Doktorenkollegium«. Premie za ubezpieczenie są w tym Instytucie o czwartą część niższe, niż w zwykłych Towarzystwach ubezpieczeń; instytut wypłacił dotąd 1,150.000 kor. pensyi, a ma przeszło 2,000.000 kor. majątku. By ułatwić kolegom przystępowanie, zmienił Instytut swe statuty. Każdy lekarz, mający dyplom austryacki, może ubezpieczać się odtąd na pensyę 2.400 kor. (dotąd maximum wynosiło 1200 kor.; dawniejsi członkowie mogą ubezpieczenie swe podwyższyć). Utworzono nową taryfę (Spartarif), według której można płacić premie w dowolnych terminach i w rozmaitej wysokości. Przez zniesienie przymusu reasekuracyi uzyskano około 20% oszczędności. O statuty i wyjaśnienia zwracać się należy do biura Instytutu (Büro des Pen-



sionsinstitutes des Wiener med. Doktorenkollegium, Wien I., Franz Josef Kai Nr 65). Prezesem instytucyi jest prymaryusz r. Dr H. Adler, wiceprezesami Dr Scholz i prof. Dr K. Ewald.

— Zjazd delegatów państwowego Związku organizacyi lekarskich austryackich odbędzie się w Wiedniu 10. i 11. listopada. Na porządku dziennym posiedzeń publicznych znajdują się, oprócz zwykłych sprawozdań zarządu i t. p., następujące sprawy: 1) Stanowisko wobec Związku kas chorych (Genossenschaftskrankenkassen). 2) Sprawozdanie z obecnego stanu projektu ustawy o ubezpieczeniu społecznem. 3) Uchwały XVIII. Wiecu Izb lekarskich. 4) Projekt ustawy karnej. 5) Należytości sądowe lekarzy. 6) Położenie lekarzy więziennych. Na posiedzeniach poufnych będą przedmiotem obrad: regulamin dla ogłaszania ostrzeżeń i bojkotu, utworzenie sekcyi (psychiatrów, balneologów, lekarzy kolejowych) i stanowisko lekarzy wobec nowej ustawy aptekarskiej.

— »Oesterr. Aerztevereins-Verband« (Wien I. Franz Josefs-Quai 65) ogłasza konkurs na zapomogi dla wdów lub sierót po lekarzach, promowanych w Uniwersytecie wiedeńskim. Rozdane zostaną z fundacyi Dr Ferdynanda bar. Buschmanna (jedna 200 kor., dwie po 100 kor.). Podania z dołączeniem dokumentów (akt zejścia, dyplom doktorski zmarłego lekarza, świadectwo ubóstwa) wnosić należy (pod powyższym adresem) najdalej do 15. listopada b. r.

— XVIII. Wiec Związków lekarskich austr. (Aerztevereinstag) odbędzie się 11. XI.) 1912 (o godz. 8 rano) w Izbie lekarskiej wiedeńskiej (I. Börsegasse 1.).

— Międzynarodowy Zjazd elektro-radyologiczny odbył się w Pradze od 3. do 9. X. b. r. Prezesami honorowymi Zjazdu wybrano: prof. Becquerela z Paryża, prof. Cirera y Salza z Barcelony, prof. Bertolettiego z Turynu, prof. Vessilidesa z Aten i Dra Zanietowskiego z Krakowa. Pani Curie-Skłodowska, której przybycie na Zjazd, mimo że zamiaru tego nie miała, zapowiedziano, nadesłała pismo z życzeniami dla Zjazdu. Z Polaków brali udział: Adamkiewicz, Bandrowski, Serbeński, Skabowski, Wesołowski i Zanietowski. Imieniem Polskiego Towarzystwa balneologicznego przemawiał na otwarciu Zjazdu Dr Zanietowski po francusku, a na posiedzeniu naukowem, jako jeden z prezesów honorowych, po polsku. Ze Zjazdem tym połączona była okazała wystawa przyrządów elektrycznych. Na Wystawie tej miała być przyznana nagroda międzynarodowa kongresu w Barcelonie za najlepsze wykonanie przyrządu Dra Zanietowskiego, któremu na ostatniem posiedzeniu wyraził prezes komisyi międzynarodowej zjazdów elektrologicznych, prof. Doumer, publiczne uznanie.

Zmarli:

Hermann Zuppinger.

Wspomnienie pozgonne.

W Zürichu zmarł w ciszy człowiek, którego żywot dowiódł, że mimo kalectwa można dojść do poważnych wyników pracy. Imię Zuppingera znane jest najwięcej stąd, że on to podał w leczeniu złamań bardzo cenne szyny, działające automatycznie wyciągowo przy małych obciążeniach. Z początku był lekarzem praktycznym w Elgg, z powodu jednak wielkiej krótkowzroczności i głuchoty porzucić musiał praktykę i poświęcił się rentgenologii, a w r. 1904 został mianowany docentem Wydziału lekarskiego w Zürichu. Tutaj rozwinął on żywą działalność naukową, a na polu rentgenologii położył wielkie zasługi, zwłaszcza nad badaniem absorpcyi promieni Röntgena. Ze względu na swe kalectwo żył zdala od ludzi, a zmarł jako ofiara zawodu, bo wskutek pracy rentgenowskiej nabawił się raków skórnych na twarzy i rękach, które wytworzyły przerzuty w płucach, kładąc kres życiu tego nieszczęśliwego a wytrwałego pracownika.

A. Klęsk.

Dr Bolesław Sokołowski w 64 r. ż. w Petersburgu; Dr Edmund Sachs, b. naczelny lekarz szpitala wojskowego w Lublinie, radca stanu, w 75 r. ż. w Warszawie; chirurg prof. Löbker, prezes niemieckiego »Aerztevereinsbund« w Berlinie; chirurg prof. Strehl w Królewcu; interniści em. prof. Koths w Strassburgu, prof. Golubin w Moskwie, chirurg prof. Tavel w Bernie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 10. Cena 1·75 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Październikowy zeszyt tegoroczny zawiera 3 rozprawy: Doc. Oppa z zakresu chorób podzwrotnikowych, (która z natury rzeczy mniej budzić może zajęcia ogólnego), prof. Friedbergera z zakresu badań nad odpornością i Dr Schottmüllera o durze i chorobach pokrewnych. Szczególnie rozprawa Dra Schottmüllera, poruszająca temat zawsze doniosły, a w ostatnich latach wzbogacony wielu badaniami, może liczyć na poczytność.

Z.

Redakcya otrzymała: Sędziak: 1) O wpływie dodatnim zabiegów nosowych, względnie nosogardłowych, na wysadzenie gałek ocznych, oraz na przerost gruczołu tarczowego. Przyczynek do leczenia choroby Basedowa. Odb. »Nowiny lek.« 1912.— 2) Tosamo po angielsku. »Journal of Laryngol. 1912. 3) Tosamo po francusku »Archives internat. de laryngologie«. 1912. —

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniach **30. października i 6. listopada** 1912 (o godz. 6 wieczór) odbędą się **w klinice chorób nerwowych i umysłowych (ul. Kopernika 46).** Na porządku dziennym: I. 30. X.: 1) Dr J. Landau: O znaczeniu objawów ogólnych dla wczesnego rozpoznania nowotworów mózgu. 2) Demonstracye chorych. — II. 6. XI.: 1) Prof. Dr Piltz: Rozpoznanie różniczkowe między stanami depresyi (psychosis maniacalis depressiva), a stanami neurastenicznymi lub histerycznymi. 2) Demonstracye chorych.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Rok LI. Kraków, dnia 2. listopada 1912. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń

podała

Dr Ludwika Karpińska.

(Odczyt w Towarzystwie psychologicznem w Warszawie, oraz w gronie lekarzy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie).

(Ciąg dalszy).

Stwierdzenie, że kojarzenie jest w wysokim stopniu zależne od uwagi, nie wyczerpuje jeszcze reguł ograniczających. Na podstawie badań nad kojarzeniami u osób wykształconych i niewykształconych stwierdził Jung, że niewykształceni mają średnio więcej kojarzeń wewnętrznych, niż wykształceni. Ten pozornie paradoksalny fakt da się wytłómaczyć w ten sposób.

Wykształceni zwykli operować wyrazami w oderwaniu od zdań, przez studya gramatyczne, słowniki i t. d. Jeżeli wykształconemu dać sygnał, to przedstawia on dla niego tylko wyraz. Niewykształcony natomiast zwykł słyszeć wyrazy tylko w zdaniach, gdzie one zawsze coś określonego znaczą. Rozumie on sygnał, jak gdyby pytanie, i konstruuje sobie do niego coś w rodzaju zdania; dlatego widzimy u niewykształconego tak wielką skłonność do reagowania całemi zdaniami lub w formie podporządkowywania. Tak np. wykształcony reaguje na: »stół« — »stołowy«; a niewykształcony — »sprzęt«. Wykształcony łatwiej otrzaska się z doświadczeniem, gdy tymczasem niewykształconemu trudno z nagle rzucanymi sobie sygnałami radzić sobie inaczej, niż w życiu codziennem. Dlatego zdarza się także, że niewykształcony stosuje do siebie przymiotniki, zwłaszcza jeżeli zdają się zawierać w sobie pewien sąd, np. przymiotnik: »głupi«. Ręka w rękę z różnem ujęciem doświadczeń idzie też często napięcie uwagi. U ludzi niewykształconych napięcie uwagi jest przeważnie już na oko większe, niż u wykształconych, co nie pozostaje bez wpływu na wartość kojarzeń. U bardzo niewykształconych lub umysłowo niedostatecznie rozwiniętych reakcye przybierają charakter definicyi, sprawiających często nieudolne i komiczne wrażenie, n. p.:

Sygnał	Reakcya
śpiewać	składa się z nut i śpiewników
spacerować	gdy się w niedzielę na nogach kroczy naprzód na kufelek.

Co do charakteru kojarzeń, to Jung rozróżnia dwa typy zasadnicze, a mianowicie typ przedmiotowy rzeczowy i typ podmiotowy. Pierwszy z nich łączy przeważnie wyrazy z wyrazami lub pojęcia z pojęciami, trzymając się treści przedmiotowej danego pojęcia, przyczem czynnik osobisty w kojarzeniu schodzi na plan dalszy (naturalnie względnie). U typu drugiego wynurzają się przeważnie jako kojarzenia wspomnienia osobiste często o silnem zabarwieniu wzruszeniowem.

Bardziej szczegółowem zbadaniem typów kojarzeniowych z punktu widzenia zastosowanej klasyfikacyi kojarzeń zajęła się Emma Fürst i przekonała się na podstawie obszernego materyału, że rodzaje kojarzenia ogniskują się koło pewnych typów.

Rozróżnia ona typy: orzekający, definiujący, koordynujący, powierzchowny i mieszany.

Jednym z najczęstszych typów jest typ orzekający z wybitną często skłonnością do sądów osobiście zabarwionych. Osoby tego typu reagują zapomocą orzeczeń, jak np. pragnienie — silne; góra — wysoka; książka — interesująca; jeździć — nieprzyjemnie; żaba — obrzydliwa. Zdaje się na podstawie doświadczeń, że do tego typu skłonne są osoby starszego wieku, a zwłaszcza kobiety. Nadto zwiększenie się skłonności do osobiście zabarwionych sądów zdaje się występować u kobiet po 40, a u mężczyzn po 60. roku życia,

Kojarzenia w formie definicyi spotyka się przeważnie u osób mało inteligentnych i śród nich u tych raczej, które zdają sobie sprawę z niższości umysłowej.

Typ powierzchowny, u którego przeważają kojarzenia językowo-ruchowe, wyrazy złożone i kojarzenia czysto dźwiękowe, występuje u osób inteligentnych i wykształconych.

Możnaby zarzucić, że ta lub inna konstelacya (nastawienie) osoby badanej przy kojarzeniach jest przypadkowa. Lecz udało się stwierdzić, że całe rodziny kojarzą podług jednego typu, jakkolwiek jeden członek rodziny nie wiedział nic o kojarzeniach drugiego. Fakt ten przemawia za tem, że typ ten nie może być przypadkowy, lecz zależy od przyczyn, których dotychczas nie znamy.

Okazuje się przeto, że nie możemy reagować dowolnie, lecz według pewnych prawideł, mianowicie w zależności od chwilowego stanu uwagi, od poziomu wykształcenia i od typu naszej rodziny, lub wogóle osobistego otoczenia. Te trzy reguły odpowiadają ważnym probierzom osobowości;

innemi słowy, — nasze ja, nasza osobowość, którą, jak wiadomo, znamy zwykle najgorzej, wywiera wpływ rozstrzygający, w jaki sposób i dlaczego tak, a nie inaczej reagujemy.

Przy głębszem wniknięciu w kojarzenia okazuje się więcej jeszcze, mianowicie, że osobie badanej nasuwa się przy kojarzeniu nie materyał przypadkowy, jakbyśmy byli skłonni z góry sądzić, lecz ściśle zdeterminowany przez jej indywidualną treść wyobrażeniową. Twierdzenie to nie jest gołosłowne i da się objaśnić zapomocą przykładów.

Jung robił doświadczenia z pewnym młodym człowiekiem, który miał niedawno przykrą przeprawę z rodziną. Pokochał on pewną pannę i chciał się z nią żenić, lecz rodzice sprzeciwili się temu zamiarowi. Jakkolwiek ciężko mu było z nią się rozstać, uległ jednakże posłuszny syn woli rodziców. Znajdował się jeszcze zupełnie pod wpływem tego bolesnego faktu w czasie, gdy robiono doświadczenia. Nic więc dziwnego, że świeże wspomnienie tych przejść odbiło się wyraźnie na licznych reakcyach, jak to widzimy z przykładu. Reakcye te są następujace:

Sygnał	Reakcya
całować	wciąż znowu
zły	nie
czas	nie teraz
dojrzały	jestem do tego
kochać	ach!
syn	ojciec i syn
gniewna	matka
łzy	jej pozostały
opieka	nie mogę jej dać
wojna	tak, gdybyż była
wierność	nie dotrzymałem jej
raz	i nigdy więcej
cud	musiałby się stać
krew	ona ma anemiczną
wybrać	inną
rozstać się	nie potrzebuję
słuszność	ona jej nie ma
kochana	była mi
wełna	suknia kobieca
niesprawiedliwy	nie byłem
obca	tak, jest ona teraz

Jeżeli rozpatrzymy się w tych reakcyach, to spostrzeżemy odrazu, że treść ich nie jest obojętna, że nie są to jakiekolwiek z tysiąca możliwych reakcyi, lecz takie, które podkreślają wyobrażenia, nurtujące daną osobą. W reakcyach tych odzwierciedlają się dzieje nieszczęśliwej miłości. Podobne wspomnienia, składające się z wielu poszczególnych wyobrażeń, nazywamy kompleksem (splotem). Wspólne tym poszczególnym wyobrażeniom zabarwienie uczuciowe stanowi niejako cement, spajający te wyobrażenia w jedną całość. Dlatego mówi się o uczuciowo zabarwionym kompleksie wyobrażeń, lub poprostu o kompleksie. Im rozleglejszy jest kompleks, im bogatsze i bardziej rozgałęzione są wyobrażenia, wchodzące w skład jego, o tem silniejszem zabarwieniu uczuciowem możemy wnosić.

W przypadku powyższym nieobojętne pod względem uczuciowym wspomnienia (kompleks) działają w ten sposób, iż ów młody człowiek nie reaguje dowolnymi i przypadkowymi wyrazami, lecz tak, że większość reakcyi czerpie swą treść z materyału kompleksowego. Wpływ kompleksów na sposób myślenia i postępowania nazywamy konstelacyą, nastawieniem. Możemy więc powiedzieć, że reakcye przytoczone powyżej są nastawione przez kompleks osoby badanej.

Zachodzi teraz pytanie, czy ten sposób zachowania się jest stały i czy u wszystkich osób badanych kompleksy nastawiają reakcye?

Niema człowieka, któryby nie miał kompleksów, ponieważ niema nikogo, ktoby nie miał uczuć. Im silniejsze (w znaczeniu intensywności i ekstensywności) pod względem uczuciowym były doznania jakieś, tem większy wpływ wywierają one na bieg naszego życia, na nasz sposób myślenia i postępowania. Naturalnie, że różną bywa siła uczuciowego zabarwienia różnych kompleksów u jednego i tego samego osobnika i że ludzie różnią się znacznie między sobą co do siły swej uczuciowej reakcyi.

Jednakże sam fakt tego wpływu uczuciowo nieobojętnych doznań na nasze życie jest w swej ogólnikowej formie przynajmniej powszechnie znany i uznany. Ten konstelujący wpływ kompleksu na reakcye udało nam się z łatwością stwierdzić w przytoczonym powyżej przykładzie kojarzeń. Lecz i w tym przypadku mieliśmy do czynienia z człowiekiem, który znajdował się pod wpływem silnego aktualnego afektu i bez skrępowania zupełnie szczerze i otwarcie wypowiadał swe tajemnice. Nie wszyscy jednak zachowują się w ten sposób. Wiele osób strzeże się bojaźliwie, by nie powiedzieć czegoś kompromitującego. Inni są obojętniejsi i poprostu łączą jeden wyraz z drugim, nie myśląc o głębszym związku między niemi. Chodzi więc o to, czy kompleks i wtedy konsteluje reakcye, gdy się nie myśli o swoich tajemnicach, lub gdy się nie chce ich zdradzić? Ze stanowiska teoretycznego z góry należy odpowiedzieć na to pytanie twierdząco, gdyż nie może być żadnych przejawów psychicznych, nie noszących na sobie piętna osobistego. Ze stanowiska praktycznego rozstrzygnięcie tego pytania jest o wiele trudniejsze i właśnie zasługa Junga polega na tem, że udało mu się wykryć, zapomocą jakich cech przedmiotowych kompleksy zdradzają się w kojarzeniach.

Jak już powiedziałam poprzednio, większość osób badanych wcale nie reaguje tak otwarcie, jak w przypadku powyższym. Zwykle kojarzenia na pierwszy rzut oka nie są przejrzyste i brzmią przedmiotowo i niepodejrzanie, jak naprzykład:

Sygnał	Reakcya
wesoły	człowiek
brak	pieniędzy
smutny	bardzo
bieda	ubóstwo
rozstać się	z nim
sprzeczać się	z nim
list	nowina
głód	dokuczać
pieniądz	cenny
dużo	pieniędzy
bogaty	człowiek
podróż	daleka
rodzina	liczna
dziecko	małe
choroba	nieszczęście
jeździć	długo

Na pierwszy rzut oka kojarzenia te wydają się przedmiotowe i różnią się tem od poprzednich. Możnaby przypuścić, że powstały one tylko przez przypadek. Jeżeli jednak rozpytamy się osoby badanej, to przekonamy się, że bynajmniej tak nie jest. Wszystkie odpowiedzi w swej pozornie przedmiotowej treści pozostają w ścisłym związku z zupeł-

nie osobistemi sprawami, które w danej chwili mocno obchodzą osobę badaną. Jest nią pewien pan, znajdujący się chwilowo w bardzo ciężkich warunkach materyalnych. W świetle udzielonych przez niego wyjaśnień każda reakcya nabiera czysto osobistego i określonego znaczenia. Pan ten jest z natury »człowiekiem wesołym« i optymistycznie na świat patrzącym, lecz »brak pieniędzy«, który go trapi od dłuższego czasu wskutek utraty zajęcia, zmienił jego usposobienie. Jakkolwiek usiłuje on zachować pozornie dawny dobry humor, jednakże w rzeczywistości jest »smutny bardzo«, gnębi go zwłaszcza myśl o »biedzie (ubóstwo)«, na którą narażona jest jego rodzina. Utrata zajęcia nastąpiła wskutek tego, że »rozstał się« ze swoim wspólnikiem (»z nim»); rozstanie to poprzedzały naturalnie nieporozumienia (sprzeczać się — z nim); rozwiały się początkowe nadzieje otrzymania szybko posady w kraju; pan ten rozpisał »listy« i wciąż oczekuje pomyślnej »nowiny«; lecz czas mija i oto już »głód« zaczyna niemal »dokuczać« jego rodzinie, dlatego obecnie »pieniądz« dla niego jest bardzo »cenny« i on marzy o tem, by zarobić »dużo pieniędzy« dla wydźwignięcia się z tych trudności życiowych i zostać »bogatym człowiekiem«. Nie mogąc otrzymać posady w kraju, myśli o »podróży dalekiej« za morze lub przynajmniej za granicę, lecz przeszkodą mu w tych zamiarach jest »rodzina«; wprawdzie w istocie nie jest ona liczna, lecz mimo to nadto »liczna« w tych warunkach. Obawia się zwłaszcza zabrać ze sobą »dziecko małe« do tych wysoce niehigienicznych warunków, jakie nań czekają. Dziecko mogłoby tam łatwo zachorować (»choroba«), co w jego warunkach byłoby »nieszczęściem«. Wreszcie rozgoryczony dodaje, że skoro zmuszony jest porzucić kraj, to wyjechawszy nieprędko tu wróci i »jeździć będzie długo«.

Lub oto jeszcze przykład. Pewna pani kojarzy w ten sposób:

Sygnał	Reakcya
pieniądz	zależność
małżeństwo	zawód
gotować	paskudztwo
rozstać się	charakter
rodzina	obowiązek
żałować	kiedyś

Kojarzenia te staną się dla nas zrozumiałe, gdy dowiemy się, że pani ta rozwiodła się z mężem. »Małżeństwo« było dla niej bolesnym »zawodem«. Dużo walk wewnętrznych przejść musiała, ażeby »rozstać się« z mężem; ostateczne przeprowadzenie tego rozstania wymagało wielkiej siły »charakteru« z powodu zachodzących komplikacyi; przyszła chwila, którą jej przepowiadano, że »kiedyś żałować« będzie swego małżeństwa. Po rozstaniu została jej »rodzina«; musi pracować na dom, lecz sama nie może dać rady tym »obowiązkom« i z powodu dzieci pozostaje w pewnej »pieniężnej zależności« od ich ojca i ta zależność ciąży jej niezmiernie. Wreszcie na wyraz »gotować« reaguje silnie: »paskudztwo«, gdyż obok pracy zawodowej kłopoty gospodarskie dają się jej nieraz silnie we znaki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ze szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi.

Przypadek porażenia połowiczego przy durze brzusznym

podał

Dr Henryk Rosenthal.

Zmiany durowe w mózgu są bardzo mało zbadane. Makroskopowo znajdowano obrzęk mózgu, powiększenie ilości cieczy mózgowordzeniowej w komórkach, zrośnięcie opon, czasem krwotoki oponowe niewielkich rozmiarów, lub nawet wylewy krwi w samą tkankę mózgową. Wszystkie te zmiany makroskopowe nie są jednak ani stałe ani rozległe i nie mogą żadną miarą wytłómaczyć objawów mózgowych, spotykanych przy durze brzusznym. W ostatnim czasie zaczęto badać mikroskopowe zmiany w mózgu osób zmarłych na dur brzuszny. Badania te (Popow, ks. Karol Bawarski, M. Rosenthal) nie doprowadziły również do wykrycia stałych zmian. Popow znajdował drobnokomórkowe nacieki w korze mózgowej, głównie wzdłuż przebiegu naczyń, drudzy znajdowali zakrzepy w naczyniach, inni — zatkanie naczyń białemi ciałkami krwi; lecz wszystkie te zmiany nie są stałe i dlatego nie mogą być uważane za przyczynę burzliwych objawów mózgowych w durze brzusznym. Ze wszystkich tych badań wnosić jednak możemy, że objawy mózgowe w durze brzusznym według wszelkiego prawdopodobieństwa zależą nietyle od zmian anatomicznych, ile od pewnych zmian czynnościowych, będących następstwem trującego działania toksyn. Nie podlega jednak wątpliwości, że mogą wystąpić zmiany anatomiczne, które wiodą do zniszczenia pierwiastków nerwowych i do trwałych chorób organicznych.

Objawy mózgowe w przebiegu duru brzusznego są bardzo różnorodne. Do najczęstszych objawów ogólnych należą bóle głowy, odurzenie, bredzenie i marzenia senne. Co się tyczy objawów ogniskowych, to są one bardzo rzadkie i stanowią właściwie kliniczne powikłanie duru brzusznego. Do najrzadszych tego rodzaju powikłań należą niemota i porażenie połowicze bez utraty lub z utratą mowy. O wiele częściej, aniżeli porażenie połowicze, spotykamy występowanie samej tylko niemoty. Przypadki takie zdarzają się głównie u dzieci i dorastającej młodzieży. Niemota najczęściej występuje w drugiej połowie choroby, trwać może nawet w okresie zdrowienia przez kilka tygodni i przemija bez śladu.

Przypadki niemoty opisali następujący autorowie: Kühn, Bohn, Curschmann, Trousseau, Henoch, Pacanowski, Biegański. Kühn zebrał z piśmiennictwa 28 przypadków niemoty, z tych chorych dorosłych było tylko 3. Bohn opisał 57 przypadków niemoty, w tej liczbie dorosłych było tylko 7.

Na blisko 5000 chorych na dur obserwowanych przezemnie, widziałem 18 przypadków niemoty przy durze brzusznym, w tej liczbie dzieci do lat 15 było 13. We wszystkich tych przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie w przeciągu 2—4 tygodni.

Porażenia połowicze bez utraty lub z utratą mowy zdarzająsię przy durze brzusznym bardzo rzadko. Curschmann

na 4000 chorych na dur opisuje 4 przypadki porażenia połowiczego z utratą mowy; wyzdrowienie nastąpiło w 2 przypadkach. W pierwszym przypadku zejście śmiertelne po 18 godzinach, badanie wykazało krwawienie mózgowe, w drugim przypadku, śmierć po kilku godzinach, badanie pośmiertne wykazało zator lewej tętnicy Sylwiusza. Goth na 587 przypadków duru brzusznego miał 2 przypadki porażenia połowiczego z utratą mowy w końcu drugiego tygodnia choroby; porażenie trwało około miesiąca i przeminęło bez śladu. Wzmianki o porażeniach połowiczych przy durze brzusznym podają Griesinger, Benedikt, Nothnagel i Strümpell. Eichhorst opisuje jeden przypadek porażenia połowiczego z utratą mowy, porażenie wystąpiło w czwartym tygodniu choroby i trwało 14 dni, poczem chory zupełnie wyzdrowiał.

Kilka miesięcy temu miałem sposobność spostrzegać przypadek porażenia połowiczego, którego przebieg pozwolę sobie tu przytoczyć.

H. W. lat 30, krawiec; przywieziony został z m. Aleksandrowa do szpitala małż. Poznańskich 18. kwietnia r.b.; zachorował 5. kwietnia wśród silnych bólów głowy, krwawienia z nosa i częstych dreszczów. Przy pierwszem badaniu znaleźliśmy u chorego, co następuje: Osłabienie słuchu, język obłożony, dość suchy; brzuch nieco wzdęty, wypróżnienie 2—3 razy dziennie, ból w okolicy biodrowej prawej dość wyraźny; wysypka obfita w postaci plamek na piersiach i brzuchu; śledziona powiększona; w płucach i sercu niema nic nieprawidłowego. C. 39·6—39·0°; tętno 100 uderzeń na minutę. Ciepłota następnego dnia 39·5—39·4°, t. 108, dwubitne. Odczyn dwuazowy bardzo wyraźny. Badanie moczu dało, co następuje: Ciężar gatunkowy 1019, białko w ilości 0,1‰; osad zawiera nieliczne leukocyty, wałeczków niema. Do 23. kwietnia przebieg choroby był zupełnie prawidłowy; 23. kwietnia, t. j. 18. dnia choroby, nie tracąc przytomności i mowy, zauważył chory u siebie zupełne porażenie lewej połowy ciała. Badanie dało, co następuje: Na twarzy znajdujemy asymetryę: kąt ust po stronie porażonej ułożony jest niżej, niż po zdrowej. Źrenice prawidłowej wielkości, oddziałują na światło i akomodacyę. Kończyny po stronie porażonej są nieruchome, a podniesione, po puszczeniu spadają jak martwe na dół. Po stronie porażonej niema odruchu brzusznego i jądrowego. Czucie zachowane; znajdujemy również zboczenia ze strony naczyń, a mianowicie części porażone są chłodne. 24. kwietnia C 38·8—37·8°, tętno 96; — 25. IV. C 37·6—37·4°, tętno — 84; — 26. IV. C 37·6—37·2°, tętno 96; polepszenia po stronie porażonej niema. — 27. IV. stan bezgorączkowy, od tego też czasu rozpoczął się okres zdrowienia. Asymetrya twarzy zupełnie się wyrównała po 2 tygodniach; w przeciągu trzech tygodni chory stopniowo odzyskał władzę w dolnej kończynie. O wiele gorzej było z kończyną górną; pierwszą nieznaczną poprawę zauważyliśmy u chorego dopiero 24. maja, t. j. po 32 dniach od chwili porażenia, zupełna poprawa nastąpiła w drugiej połowie czerwca.

Oprócz porażenia połowiczego przypadek ten zasługuje na uwagę i z tego powodu, że wystąpiło jeszcze i drugie powikłanie w postaci porażenia nerwu strzałkowego lewego, które zauważyliśmy u chorego 21. czerwca.

Szczegółowe badanie, wykonane przez kol. A. Pańskiego, któremu składam podziękowanie, dało co następuje: Chory chcąc chodzić, zgina nadmiernie kończynę w stawach biodrowym i kolanowym i w ten sposób unika zahaczania się palców o podłogę. Przy chodzeniu o lasce wyraźny chód koński (Steppergang), po lewej stronie stopa, jako też palce opuszczone są ku dołowi. Leżąc, chory unosi całą kończynę lewą, opuszcza ją ku dołowi, zgina w kolanie, wyprostowuje ją, natomiast nie może wyprostować ani stopy, ani palców tej stopy, upośledzone również jest przywodzenie i odwodzenie stopy lewej; przy podnoszeniu kończyny lewej ku górze stopa znajduje się w ułożeniu końsko-szpotawem (pes equinovarus). Pobudliwość elektryczna nerwu strzałkowego lewego zniesiona. Z punktu nerwowego pod główką nie otrzymuje się skurczu mięśni ani przy zastosowaniu prądu stałego, ani przerywanego. Mięsień strzałkowy długi nie oddziaływa na prąd przerywany, pobudliwość na prąd stały zmieniona w ten sposób, że skurcz przy zamknięciu anody jest silniejszy, niż skurcz przy zamknięciu katody; mięsień kurczy się ruchem robakowatym. Mięsień wyprostny wspólny palców długi nie oddziaływa na prąd przerywany, przy oddziaływaniu na prąd stały An < Ka. Nerw piszczelowy na prąd przerywany daje skurcz, na prąd stały Ka > An. Mięsień ikrowy na prąd przerywany daje skurcz, na prąd stały Ka > An. Zewnętrzna i grzbietowa połowa stopy do trzeciego palca jest znieczulona zarówno na dotykanie, jak i na ból. Zaznaczyć jeszcze trzeba, że pomimo silnych odruchów ścięgnistych i drgania padaczkowatego stopy niema objawu Babińskiego, natomiast są ślady objawu Oppenheima. Po upływie trzech tygodni stan chorego nieco się poprawił i 10 lipca r. b. chory opuścił szpital.

Jaka była przyczyna porażenia połowiczego w tym przypadku?

Zważywszy, że porażenie było bardzo ciężkie i długotrwałe, trzeba przypuszczać, że w danym przypadku istniała jakaś zmiana ogniskowa w mózgu. Śmiało wyłączyć możemy porażenie połowicze na tle kiłowem: chory ma lat 30, żonaty, ma troje dzieci, brak wszelkich zboczeń kiłowych w ustroju, jak osobliwie w skórze i kościach. Za zatorem tętnicy mózgowej przemawia młody stosunkowo wiek chorego i brak napadu udarowego. Uwzględniając jednak brak wady serca u chorego i brak objawów zatorowych w innych narządach (mocz krwawy, obrzmienie śledziony, zmiany zatorowe w oku), trzeba również wyłączyć i zator mózgowy. Najprawdopodobniej powstał w tym przypadku krwotok mózgowy, lub zakrzep. Rozróżnić krwotok od zakrzepu jest często rzeczą prawie niemożliwą. W naszym przypadku za zakrzepem przemawia młody stosunkowo wiek chorego, brak utraty przytomności i napadu udarowego.

Oceny i sprawozdania.

Nowsze sposoby badania fizyologicznej czynności błędnika nie akustycznego i ich znaczenie praktyczne dla rozpoznania chorób błędnika i ośrodkowego układu nerwowego.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał
R. Spira.

W s t ę p. Błędnik uszny składa się z dwu różnych pod względem czynności części, z części ślimakowej i przedsionkowej. Pierwsza służy dla czynności słuchu, oddziaływa na podniety akustyczne, druga służy do utrzymania równowagi ciała, oddziaływa na zmiany położenia i na ruchy ciała i nazywa się też narządem statycznym, narządem równowagi lub oryentacyjnym.

Dla fizyologii części ślimakowej mamy od czasu Helmholtza teoryę, która najlepiej tłomaczy nam wszystkie ob-

jawy akustyczne narządu słuchowego. Rozporządzamy też wielu metodami, zapomocą których możemy badać sprawność fizyologiczną ucha akustycznego. Dalej mamy cały szereg sposobów, zapomocą których możemy przedmiotowo przekonać się o jakości i stopniu upośledzenia czynności słuchowej.

Inaczej rzecz się ma z narządem statycznym. Aż do niedawna brakowało nam środków do dokładniejszego badania czynności tego narządu i do przedmiotowego wykazania jego niesprawności. Oddawna umiemy przedmiotowo wykazać upośledzenia słuchu, nie umieliśmy natomiast stwierdzić przedmiotowo istnienia zawrotu głowy. Objawy niedowładu lub niesprawności narządu przedsionkowego są wyłącznie podmiotowe i dla przypuszczenia upośledzenia jego czynności musieliśmy polegać wyłącznie na podaniach chorego.

Dzięki badaniom ostatnich lat, a szczególnie epokowym poszukiwaniom i odkryciom Baranyego ten stan rzeczy zmienił się tak, że obecnie możemy sprawność tego narządu dokładnie badać i pewne objawy podmiotowe, jak zawrót głowy, przedmiotowo stwierdzić. Jest to postęp doniosłego znaczenia nietylko pod względem naukowym, lecz niemniej i pod względem praktycznym, a przedewszystkiem sądowolekarskim. Te niesłychanie ważne postępy w poznaniu fizyologii tej części błędnika będą przedmiotem następujących uwag.

Uwagi anatomiczne. Nieakustyczna część błędnika czyli narząd statyczny składa się z przedsionka, t. j. z dołka okrągłego (recessus hemisphaericus) i z dołka owalnego (recessus hemiellipticus) i z 3 przewodów półkolistych, uchodzących do dołka owalnego. Przewody te ułożone są w 3 prostopadle do siebie leżących płaszczyznach. Są to 1) przewód poziomy, leżący w płaszczyznie poziomej, dzielącej czaszkę na część górną i dolną; 2) przewód pionowy górny, leżący w płaszczyźnie czołowej, dzielącej czaszkę na połowę przednią i tylną; 3) przewód pionowy tylny, leżący w płaszczyźnie strzałkowej, dzielącej czaszkę na lewą i prawą połowę. Przewód poziomy sterczy swoją środkową wypukloną częścią do jamy bębenkowej i jest przeto najwięcej wystawiony na uszkodzenie w chorobach lub przy zabiegach operacyjnych w uchu środkowem. Każdy przewód ma jeden koniec bańkowato rozszerzony (ampulla = bańka), a drugi węższy. Węższe końce przewodów pionowych zlewają się ze sobą, tworząc jeden otwór do przedsionka. W ten sposób wszystkie 3 przewody tworzą 5 otworów, z których 3 bańkowate, uchodzące do dołka eliptycznego w tylnej części błędnika.

Dołki te kostne wyścielone są woreczkami błoniastymi (sacculus i utriculus), a przewody kostne wyścielone są przewodami błoniastymi. Między kostnemi ścianami i błoniastą wyściółką znajduje się płyn (perilympha); płyn wypełnia również światło woreczków i przewodów błoniastych (endolympha). Cała część przedsionkowa zaopatrzona jest przez nerw przedsionkowy. W każdym otworze bańkowym znajduje się wyniosłość, grzebień bańkowy (crista ampullaris), w którym końce n. przedsionkowego stoją w związku z nabłonkiem zmysłowym rzęskowym. W woreczkach błoniastych znajdują się plamki, podobnie zbudowane, jak grzebień bańkowy (maculae acusticae), z tą różnicą, że rzęski ich są krótsze i noszą kryształki wapniowe (piasek uszny — otolithes).

Nerw przedsionkowy bierze początek w szarej substancyi rdzenia przedłużonego od dwu jąder (jądra Deitersa i Bechterewa), które są w związku z móżdżkiem i z nn. mięśni ocznych i kończy się w nabłonku zmysłowym w plamach słuchowych przedsionka i grzebieniach przewodów łukowatych.

Uwagi fizyologiczne. Jak część słuchowa błędnika oddziaływa na podniety słuchowe, tak część przedsionkowa oddziaływa na podniety ruchowe, na bierne lub czynne ruchy głowy lub ciała. Czynność tej części błędnika jest bezwiedna, jak wszystkie czynności wegetacyjne (żołądka, nerek i t. p.). Tylko tam, gdzie działają podniety nieprawidłowe, czynność ta dochodzi do świadomości (różne dolegliwości żołądkowe, w błędniku — zawrót głowy), Wszystkie narządy zmysłowe oddziałują swoiście, i to nietylko na podniety właściwe, ale także na niewłaściwe. Zachodzi jednak przytem ta różnica, że niewłaściwe podniety wywołują wyobrażenia imaginacyjne, podmiotowe, fałszywe, nie zgadzające się z rzeczywistością. I tak podniety niewłaściwe, działające na n. przedsionkowy w jego ośrodkach, przebiegu lub zakończeniach, wywołują fałszywe wyobrażenia oryentacyjne o spokoju lub ruchu, nieistniejącym w rzeczywistości. Naprzykład, stojąc spokojnie wydaje się nam, że się ruszamy, padamy, lub kręcimy się w jednym lub drugim kierunku, albo przedmioty otaczające zdają się kręcić się, latać, chylić się i t. d. Podobne fałszywe wyobrażenia powstają przez działanie właściwych bodźców na narząd przedsionkowy chorobowo zmieniony i przeto nieprawidłowo oddziałujący.

Te właśnie fałszywe wyobrażenia i towarzyszące objawy nazywamy zawrotem głowy, który właśnie stanowi świadomy odczyn narządu oryentacyjnego na podniety niewłaściwe. Uczuciu zawrotu głowy towarzyszą zwykle nieprawidłowe ruchy mięśni dowolnych, jak kończyn dolnych (zataczanie się) i górnych (zmiana pisma) i oczu (drżenie oczu). Takie zaburzenia dają się wywołać doświadczalnie przez podrażnienie lub uszkodzenie przewodów półkolistych.

Flourens, twórca nowoczesnej fizyologii narządu półkolistego, ogłosił r. 1824 swoje fundamentalne doświadczenia na gołębiach, czem położył stałą podstawę i punkt wyjścia dla tej części fizyologii zmysłów. Wykazał on, że podrażnienie przewodów łukowatych wywołuje regularne ruchy głowy w płaszczyźnie, odpowiadającej uszkodzonemu przewodowi. Przecięcie przewodów poziomych wywołuje ruchy głowy od strony prawej na lewo i odwrotnie; przecięcie przewodów pionowych wywołuje ruchy głowy ku tyłowi i przodowi. Ruchy te przymusowe zależne są od braku regulacyi inerwacyi mięśni przez przewody łukowate i występuje tylko, jeżeli zwierzę zmuszone jest do poruszenia się (Cyon).

Cały szereg późniejszych badaczy powtórzył te badania (jak Goltz, Mach, Breuer, Cyon, Ewald, Kreidl, Bechterew, Högyes i in.) i na podstawie doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń klinicznych doszedł do przekonania, że przeznaczeniem przewodów łukowatych jest utrzymanie równowagi i że drżenie oczu, występujące przy pewnych ruchach zwierzęcia, bierze początek z błędnika drogą odruchową. Według Cyona przewody łukowate stanowią narząd obwodowy »szóstego« zmysłu, t. j. oryentacyjnego dla 3 głównych kierunków przestrzeni. Przewody te służą do oryentowania się, dla umiejscowienia przedmiotów otoczenia i do uświadomienia położenia naszego ciała w przestrzeni. Narząd przedsionkowy służy prócz tego do stopniowania potrzebnej inerwacyi nn. dowolnych. Zapomocą takich nadzwyczaj rozwiniętych przewodów może nietoperz mimo braku wzroku latać swobodnie w przestrzeni, unikając przeszkód, znajdujących się na drodze (Spallanzani u Braudego).

Cyon znalazł, że przecięcie wszystkich przewodów półkolistych jednej strony wywołuje pochylenie się głowy gołębia ku stronie uszkodzonej. Przecięcie, podrażnienie lub zniszczenie pojedynczych przewodów wywołuje ruchy głowy, oczu i ciała w płaszczyźnie odpowiedniej uszkodzonemu przewodowi. Przecięcie wszystkich przewodów wywołuje ciągłe ruchy gwałtowne.

Podrażnienie przewodów wywołuje u królików z głową unieruchomioną drżenie oczu w różnych kierunkach i różnego nasilenia. Podrażnienie przewodu poziomego wywołuje drżenie oczu poziome, przewodu strzałkowego drżenie pionowe, przewodu pionowego drżenie kołujące. Wrażenia narządów bańkowych przenoszą się przez n. przedsionkowy na ośrodkowy narząd przestrzeni, który będąc w związku z wszystkiemi jądrami mięśni dowolnych oczu,

głowy i całego ciała, reguluje współudział i trwałość skurczów mięśni ciała i wymierza stopnie ich inerwacyi dla ruchów ustroju i jego części w 3 głównych kierunkach przestrzeni. Przez wyznaczenie stopnia inerwacyi pewne grupy mięśni stają się czynnemi dla wykonania ruchu zamierzonego, a równocześnie inne mięśnie przez czynność antagonistyczną wstrzymują ruch w granicy zamierzonej. Tam, gdzie czynności te są zaburzone, wszelki ruch regularny i złożony jest niemożliwy. Jeżeli wszystkie przewody łukowate są zniszczone, to mięśnie, mające brać udział w pewnym ruchu kurczą, się z największem nasileniem i wynika z tego ruch przesadny, nieraz nawet przeciwny zamierzonemu. Po zniszczeniu przewodów gołąb traci na zawsze zdolność latania (Cyon).

Czucia dotykowe skóry, czucia mięśniowe, ścięgien i stawów przenoszą się zawsze na ośrodki ruchowe mózgu i rdzenia, które nietylko utrzymują mięśnie dowolne w pewnym stanie napięcia (tonus), lecz regulują też inerwacyę, nasilenie i trwałość skurczów odpowiednich mięśni w ruchach zamierzonych i odruchowych. We wszystkich ruchach, wykonywanych w celu zmiany położenia ciała lub części jego w przestrzeni, uregulowanie czynności odpowiednich mięśni zależy od przewodów półkolistych. Podrażnienie lub zniszczenie tych przewodów wywołuje różne zaburzenia ruchowe, ruchy przymusowe, niemożność zmiany położenia ciała i utrzymania równowagi.

Zapomocą nerwów bańkowych przewodów półkolistych odczuwamy ruchy we wszystkich 3 kierunkach przestrzeni. Dzięki nim nie tracimy oryentacyi, kiedy się poruszamy w pociągu, na okręcie lub w ciemności. Wybór kierunku, w którym różne ruchy mają być wykonane i kojarzenie ośrodków ruchowych, potrzebnych do ich przeprowadzenia, są wyłączną czynnością przewodów półkolistych (Cyon). Konieczne regulowanie i wymierzenie inerwacyi odpowiednich ośrodków ruchowych i utrzymujących równowagę i inne ruchy pożyteczne wykonuje się głównie zapomocą narządu przedsionkowego.

Inne narządy zmysłowe mogą do pewnego stopnia zastąpić niesprawne działanie błędnika, regulując inerwacyę mięśniową. Zwierzęta, posiadające jedną tylko lub dwie pary przewodów łukowatych, mogą się poruszać i oryentować tylko w tych odpowiednich kierunkach.

Już w roku 1878 Cyon na podstawie wielu doświadczeń podał teoryę, że przewody półkoliste są narządem dla oryentacyi i dla wyobrażenia trójwymiarowej przestrzeni, teoryę, którą później stwierdzono wielu innemi doświadczeniami.

Obecnie wszyscy fizyologowie zgadzają się na to, że przewody te służą dla oryentacyi w tych trzech kierunkach i do rozdzielenia i do ustosunkowania stopnia i trwałości inerwacyi odpowiednich ośrodków ruchowych w stanie spokoju i ruchu.

Część I.

Sposoby badania u człowieka.

Dla badania sprawności błędnika nieakustycznego rozporządzamy szeregiem sposobów, które możemy podzielić na dwie kategorye: A. Sposoby badania co do równowagi. B. Sposoby badania co do drżenia oczu.

A. Sposoby badania równowagi mogą być: a) statyczne, b) dynamiczne, c) kinetyczne, d) galwaniczne.

Utrzymanie równowagi ciała i oryentacyi w przestrzeni umożliwione jest przez 3 czynniki: przez podniety czuciowe (skóry, mięśni, ścięgien, stawów), wzrokowe i błędnikowe. W wiądzie rdzenia podniety czuciowe odpadają. Z tego powodu w tej chorobie występuje niepewność równowagi, zwłaszcza przy zamkniętych oczach, gdyż same podniety przedsionkowe do jej utrzymania nie wystarczają. Na tem polega objaw Romberga. Coś podobnego ma miejsce w chorobach narządu przedsionkowego, przyczem może także być zmniejszone czucie mięśniowe, o ile pojęcie tego narządu jako błędnika dla napięcia (Tonuslabyrinth) jest słuszne. Z tego łatwo zrozumieć, dlaczego zaburzenia równowagi występują wyraźniej, jeżeli odpowiednie próby wykonuje się z zamkniętemi oczami.

Ad a). Każe się badanemu stać z otwartemi i zamkniętemi oczami na obu nogach, na jednej nodze (prawej i lewej), na palcach obu nóg, jednej (prawej i lewej) nogi.

Do badania statycznej równowagi można także posługiwać się kątomierzem (goniometrem), podanym przez Steina, składającym się z 2 desek, pod różnym kątem do siebie ustawianych, tworzących rodzaj równi pochyłej. Pochyłość tę można ustopniować i mierzyć. Człowiek zdrowy może się utrzymać prosto na tej równi z twarzą ku przodowi i na bok aż do pochyłości do poziomu 35—40°, z twarzą ku tyłowi aż do kąta 20—30°. Jeżeli kąt przedni, przy którym stanie zaczyna być niepewnem, jest mniejszy, wtedy mamy osłabienie zginaczy, jeżeli kąt tylny jest mniejszy, osłabienie mięśni prostujących. Jeżeli kąt, przy którym badany, stojący twarzą na bok, zaczyna zataczać się, jest mniejszy, wtedy istnieje osłabienie mm. strzałkowych. Różne uszkodzenia błędnika statycznego dają różnego stopnia zmniejszenia kąta przy oczach otwartych i zamkniętych. Wyniki mogą jednak zależeć także od wprawy i ćwiczenia w chodzeniu na równiach pochyłych.

Alexander podał modyfikacyę goniometru Steina, która pozwala kąt przyrządu bardzo powoli zmieniać i unikać wstrząśnienia badanego. Mackenzie, przeprowadziwszy szereg badań tym przyrządem, doszedł do przekonania, że zapomocą niego można wykazać bardzo ściśle zaburzenia równowagi. Za błędnikowe jednak można te zaburzenia uznać dopiero po wykonaniu innych metod badania.

Ad b). Każe się choremu chodzić albo skakać prosto naprzód i w tył, na prawo i na lewo, z otwartemi i zamkniętemi oczami, obiema nogami, prawą i lewą nogą, tak samo na palcach obu nóg i jednej nogi. Są to sposoby, podane przez Steina.

Herzfeld poleca kazać badanym chodzić po materacach sprężynowych. Zataczanie się chorych bez błędnika, którzy mają chodzić, albo z zamkniętemi oczami i zbliżonemi nogami stać na takich materacach, jest tak cechujące, że wpada zaraz w oczy.

Stein podaje ikonografię, przedstawiającą obrazy odcisków podeszew chorych, z których można wnosić o stopniu zaburzenia równowagi. Według niego szczególnie skakanie zawsze na tem samem miejscu bez posuwania się naprzód (skok błędnikowy) jest cechujące dla cierpienia błędnika. Stein podaje 8 stopni zaburzenia równowagi, a mianowicie: 1) przy oczach otwartych wszystkie ślady (odciski) regularne, przy oczach zamkniętych niektóre nieregularne; 2) przy oczach zamkniętych wszystkie ślady regularne, przy zamkniętych wszystkie nieregularne; 3) przy otwartych oczach niektóre ślady regularne, przy zamkniętych wszystkie nieregularne; 4) przy otwartych i zamkniętych oczach wszystkie ślady nieregularne; 5) przy oczach otwartych i zamkniętych niektóre ruchy nieregularne, inne niemożliwe; 6) przy oczach otwartych wszystkie ruchy nieregularne, przy zamkniętych niemożliwe; 7) przy oczach otwartych niektóre tylko ruchy nieregularne są możliwe; 8) zupełna niemożliwość wykonania jakiegokolwiek ruchu.

Ad c). Dla badania siły, względnie osłabienia, atonii lub astenii, powstałych przez wyczerpanie skutkiem ruchów przymusowych lub przez nadmierną inerwacyę, posługujemy się różnymi przyrządami, jak dynamometrem, ergografem i t. p. Mierzymy siłę mięśniową prawej lub lewej ręki przy oczach otwartych i zamkniętych. Stein twierdzi, że we wszystkich chorobach błędnika z zaburzeniem równowagi zmniejszona jest siła mięśniowa obu rąk i to wyraźniej przy oczach zamkniętych, niż przy otwartych. Torretta przypisuje wielką wagę badaniu dynamometrem w pozycyi leżącej, ponieważ w tem

położeniu u zdrowych siła jest mniejsza, niż gdy stoją, natomiast u chorych na choroby błędnika rzecz ma się odwrotnie. Chorzy tacy mogą tylko leżąc zwracać całą uwagę na wywarcie siły na siłomierz, natomiast stojąc muszą część uwagi odwracać dla utrzymania równowagi statycznej i dynamicznej, przeto siła wypada mniejsza.

Ad d). Już oddawna stwierdzono, że zawrót i ruchy głowy, występujące pod wpływem prądu elektrycznego, są odczynem podrażnienia błędnika nieakustycznego. Breuer wywołał u gołębi różne ruchy głowy przez galwanizowanie poszczególnych łuków błędnikowych. Ruchy te odbywają się według pewnych prawideł. Badania Babińskiego, Ewalda, Pollaka, Baranyego i in. wykazały, że odczyn ten zależny jest od stanu tych łuków, tak, że ze sposobu, miary i kierunku odczynu można poznać chorobę jednego lub drugiego przewodu łukowatego.

Jeżeli się u człowieka stojącego z zestawionemi nogami przepuszcza prąd galwaniczny przez głowę, w kierunku od wyrostka do wyrostka lub z jednym biegunem przy uchu, drugim w ręce, to przy pewnej sile prądu występuje pochylenie głowy w kierunku anody i drżenie oczu ku katodzie. Przy silniejszym prądzie następuje zawrót głowy i upadek. Z siły prądu, potrzebnej do wywołania odczynu, z siły odczynu i z jego kierunku można wnosić co do choroby łuków błędnika lub układu ośrodkowego nerwowego. Weber znalazł w 400 przypadkach, że wyniki tych badań nie zawsze są pewne i podaje inną metodę badania. Polega ona na tem, że oba wyrostki sutkowe podrażnia się prądem elektrycznym równego rodzaju i równej siły, co u zdrowych osób nie wywołuje żadnego zaburzenia równowagi ze względu na to, że równe podniety z obu stron równoważą się i znoszą. W pewnych zaś chorobach jednostronnych występują przy takiem badaniu zaburzenia równowagi w postaci zataczania się na jeden lub drugi bok, z czego wnosić można, która strona jest chorobą zajęta.

Zaburzenia równowagi, występujące przy takich badaniach statyczno-dynamicznych, pojawiają się w różnej postaci i w różnym stopniu. Chory stoi niepewnie, nie może się utrzymać na nogach w równowadze, zatacza się, rozstawia nogi szeroko, skłania się do padania albo pada nagle na jeden lub drugi bok, naprzód lub w tył. Zwykle chorzy tacy narzekają także na osłabienie kończyn dolnych różnego stopnia. Niektórzy autorowie znajdowali w takich przypadkach także różne zaburzenia przy pisaniu, w mowie, w oddychaniu. Przy zajęciu jednej strony zataczanie się, zboczenie od linii prostej przy chodzeniu jest wybitniejsze po stronie chorej i wyraźniej występuje przy staniu na nodze chorej strony, niż na drugiej. Te zaburzenia równowagi i oryentacyi mają źródło w zniesionej lub nadmiernej czynności błędnika jednej lub obu stron, jak zobaczymy niżej.

Przy badaniach równowagi należy wyłączyć zastąpienie czynności przewodów łukowatych przez inne zmysły (p. fizyologia), jak wzrok, dotyk, i to zawiązując choremu oczy lub każąc mu chodzić i stać na końcach palców nóg lub wykonywać różne skoki. Dalej powinniśmy pierwej przekonać się, czy badany niema jakiej innej choroby, mogącej być przyczyną zaburzenia równowagi, jak wiąd rdzenia (w tym celu badać należy odruchy źreniczne, odruchy głębokie, bezład), choroba stawów, mięśni, móżdżku, czy niema histeryi, nerwicy, czy chory nie nosi ciasnych butów i t. p.

B). Prawie wszystkie inne sposoby badania czynności błędnika nieakustycznego odnoszą się do badania skojarzonych mimowolnych ruchów gałek ocznych, t. j. do drżenia oczu. Drżenie oczu (nystagmus = ny) jako jedyny objaw przedmiotowy w zbiorze objawów zawrotu głowy zasługuje przy tem badaniu na większą uwagę. Jestto objaw, polegający na skojarzonych rytmicznych ruchach oczu w różnych płaszczyznach, w płaszczyznie poziomej, pionowej lub czołowej. Stosownie do tego odróżniamy ny poziomy, pionowy, względnie kołujący. Ruchy te są w obu oczach równe tak co do nasilenia, jak przeważnie także co do kierunku. Odróżniamy 3 stopnie ny. 1) Jeżeli ruchy występują ku jednej stronie, np. prawej lub ku górze tylko wtedy, kiedy badany patrzy krańcowo w tę samą stronę, t. j. na prawo, względnie w górę. 2) Jeżeli ruchy występują ku jednej stronie także przy patrzeniu prosto przed siebie. 3) Jeżeli ruchy występują ku jednej stronie nawet przy ustawieniu krańcowem oczu ku stronie przeciwnej. Dla dokładniejszego spostrzegania i mierzenia stopnia ny. podano różne sposoby i przyrządy (Buys — przyrząd według systemu przyrządu bębnowego Mareya i in).

Drżenie oczu może być pochodzenia optycznego, przedsionkowego lub mieszanego, i to fizyologiczne lub patologiczne.

Drżenie oczu optyczne trafia się u dzieci ze złym wzrokiem z powodu choroby ocznej lub ośrodka wzrokowego. Ażeby siatkówce przysporzyć jak najwięcej bodźców wzrokowych, wykonuje chory oczami ruchy, które czasem pozostają jeszcze później po całkowitem oślepnięciu lub po odzyskaniu dobrego wzroku. Podobne ruchy oczu widać u podkopników, górników zmuszonych pracować przy świetle niedostatecznem.

Jako mieszane uważać można drżenie oczu fizyologiczne, które powstaje, jeżeli podczas pewnych ruchów głowy lub ciała, np. jadąc, chcemy dobrze widzieć przedmioty nieruchome z otoczenia, albo jeżeli stojąc, chcemy dokładnie widzieć przedmioty poruszające się. Ruchy te odrazu ustają, jeżeli zwracamy wzrok na przedmiot nieruchomy lub razem z nami się poruszający. Jeżeli jadąc wozem lub koleją chcemy wpatrzeć się w przedmiot zewnątrz wozu się znajdujący, oczy powoli poruszają się w kierunku przeciwnym jeździe, by od czasu do czasu prędko poskoczyć w kierunek jazdy.

Ruchy te, ny fizyologiczny, dzięki ścisłym związkom, zachodzącym między nn. ruchowymi oczu a błędnikiem, są zawsze skojarzone z czynnością błędnika przy ruchach głowy i ciała. Odwrotnie czynność lub pobudzenie błędnika statycznego wywołuje zawsze ruchy oczu, nawet kiedy one są zamknięte. Ny optyczny powstaje tylko w celu dokładnego widzenia. Z tego wynika, że ny przy oczach zamkniętych jest zawsze pochodzenia błędnikowego. Przy ny optycznym chory nie widzi poruszania się przedmiotów, ponieważ ośrodek zmysłowy jest przyzwyczajony łączyć różne obrazy w jeden. Odwrotnie w ny patologicznym pochodzenia przedsionkowego przedmioty zdają się poruszać mimo, że chory, jak również przedmioty otaczające, stoją na jednem miejscu.

(Dokończenie nastąpi).

Codex alimentarius austriacus. Bd. I, II. Wien 1911—1912. Verlag der k. k. Hof-und Staatsdruckerei. Cena 10 kor. za tom.

Das oesterreichische Lebensmittelbuch. Volksausgabe. Bd. I, II. Wien 1912. Verlag der k. k. Hof-und Staatsdruckerei. Cena 4 kor. za tom.

Józef Hetper **Żywność w obrocie handlowym.** Poradnik praktyczny z uwzględnieniem ustaw i rozporządzeń do użytku organów nadzorczych, kupców, przemysłowców i konsumentów. Kraków 1912. Drukarnia Uniwersytecka. Cena 2 kor.

Uchwalenie przez parlament austryacki ustawy o obrocie handlowym środkami spożywczymi i niektórymi przedmiotami użytku stanowiło w państwie austryackiem zaledwie pierwszy krok na polu tak potrzebnego, racyonalnego i umiejętnego nadzoru nad żywnością. Po za liniami wytycznemi co do rodzaju organów nadzorczych i zakładów badawczych, praw i obowiązków, przysługujących nadzorcom i zakładom podczas wykonywania nadzoru i urzędowych badań, po za prawami rządu do wydawania nowych, dziedzinę tę w nowe ramy ujmujących przepisów, po za pojęciami prawnemi, koniecznemi dla należytego ujęcia i stosownego ukarania wykroczeń w danej dziedzinie, po

za wszystkiemi treść wspomnianej ustawy stanowiącemi zasadniczemi postanowieniami, pozostawało jeszcze wiele dziedzin racyonalnego nadzoru nad żywnością mimo wielkiego swego znaczenia nieuregulowanych i nieujętych.

Jednym z takich zakresów jest sprawa technicznej oceny poszczególnych środków spożywczych i objętych ustawą przedmiotów użytku. Oceny, kiedy jakiś przedmiot spożywczy lub użytku uważać jeszcze należy za normalny w zrozumieniu wspomnianej ustawy, kiedy za zafałszowany, zepsuty lub zdrowiu szkodliwy, upośledzony w wartości spożywczej lub podrobiony, albo też pod fałszywą nazwą sprzedawany, nie można było pozostawić bez pewnych zastrzeżeń poszczególnemu znawcy, lecz należało tak ze względów higieniczno-zdrowotnych, jak niemniej ogólno-ekonomicznych i dla należytej ochrony uczciwego przemysłu i handlu, a również dla wytworzenia należytej judykatury sądowo-karnej, stworzyć zasady, któremi kierować się powinni znawcy i organa nadzorcze w danej dziedzinie. Gdy zaś stosowane przy badaniu środków spożywczych różne naukowe metody badania nieraz rozmaite dają wyniki, a na odmiennych metodach badania oparte oceny niejednokrotnie są ze sobą sprzeczne i wywoływać mogą bądź skargi i podejrzenia, bądź nieufność do wartości naukowych metod badania — przeto należało wspomnianemi zasadami oceny objąć również i metody badania, które przy ocenie produktów spożywczych i przedmiotów użytku w celach urzędowych zastosowane być powinny celem porównania badań, wykonanych przez rozmaitych badaczy. Dopiero stworzenie tego rodzaju zasad i podstaw do oceny przedmiotów, objętych ustawą z 16 stycznia 1896, zapewnić mogło należytą opiekę dla uczciwego przemysłu i handlu, oraz wytworzenie należytej judykatury.

W uznaniu tej potrzeby, koniecznej dla zapewnienia wspomnianej ustawie należytego jej znaczenia i zastosowania, utworzono z inicyatywy interesowanych ministerstw komisyę dla opracowania wyżej wspomnianych zasad, złożoną z osób zajętych zawodowo naukowem badaniem i oceną środków spożywczych, przemysłowców i sfer kupieckich, oraz handlowych. Wynikiem prac tejże komisyi był projekt t. zw. kodeksu o żywności, przedłożony do oceny wszystkim państwowym zakładom badawczym oraz grupom i przedstawicielstwom sfer produkujących — rolniczym, przemysłowym, — sfer handlowych — Izbom handlowo-przemysłowym. Projekt ten po wysłuchaniu uwag wspomnianych instytucyi oraz po przejściu przez obrady państwowej Rady przybocznej dla spraw żywności oraz Najwyższej Rady zdrowia pojawił się w ostatecznej redakcyi jako publikacya urzędowa pod nazwą »Codex alimentarius austriacus«.

Kodeks ten, zakreślony jako dzieło 3-tomowe, na razie ma opracowane tylko 2 tomy, obejmujące następujące działy: zboże, rośliny strączkowe, chleb i pieczywo, sól kuchenną, jarzyny świeże i suszone, grzyby jadalne, owoce świeże i suszone, przyprawy korzenne, herbatę chińską i paragwajską, kawę i surogaty tejże, kakao, cukry, wyroby cukiernicze i marcypany, piwo, moszcz, wino owocowe i z jagód, wino z winogron, naftę, wodę sodową i inne sztuczne napoje nasycone kwasem węglowym, kwas węglowy, mąkę i inne produkta młynarskie, skrobię, wyroby z ciasta, mięso i wyroby mięsne, ryby, mleko i produkta mleczarskie, drożdże naturalne i sztuczne, zakwas, wyciągi mięsne, konserwy z ryb i grzybów, oraz środki kosmetyczne. Przedmiot ujęto w ten sposób, że każdy z wymienionych działów poprzedza ile możności wstęp, obejmujący streszczenie ustaw, rozporządzeń i orzeczeń Trybunału Najwyższego, odnoszących się do danego przedmiotu, poczem sam przedmiot ujęto ze stanowiska 1) opisowego, 2) pobierania zeń prób przeznaczonych do badania, 3) metod badania, 4) właściwej oceny, 5) reglementacyi jego obrotu handlowego, oraz 6) zużytkowania w razie zakwestyonowania jakiegoś towaru. Ustęp pierwszy ma charakter raczej informacyjny i służąc jedynie do wprowadzania i pouczania, jak na dany przedmiot ze stanowiska ustawy wspomnianej patrzeć należy, nie może być oczywiście wyczerpującym. Ustępy drugi i trzeci mają szczególniejsze znaczenie dla organów nadzorczych i zakładów badawczych; w miarę postępu nauki i metodyki badawczej ulegać będzie ustęp trzeci rozwojowi i przemianom; ustępy te mają moc obowiązującą dla rządowych zakładów badawczych. Ustęp czwarty — najważniejszy ze wszystkich — zawiera najważniejsze wskazówki dla znawców, ale niemniej ważny jest dla interesantów przemysłowych, producentów, kupców, jak również i dla sędziego. W ustępie piątym pomieszczono obok ewentualnie obowiązujących już przepisów o uregulowaniu handlu danym przedmiotem, życzenia i wskazania, któremi przy reglementacyi handlu odnośnym towarem kierować się powinny władze miejscowe, zaś w ustępie szóstym podano sposoby postępowania ze skonfiskowanym towarem, cenne niejednokrotnie tak dla władz targowych i ich organów wykonawczych, jak niemniej i dla sędziego, zmuszonego nieraz do wydania odnośnego zarządzenia w wyroku sądowym.

Jak z powyższego widać, posiada austryacki »Codex alimentarius« wielką wartość jako zawodowy podręcznik doradczy nietylko dla zakładów, którym powierzono badanie żywności, nietylko dla organów, wykonujących nadzór z ramienia ustawy — a których postanowieniami swemi obowiązuje — nietylko dla sędziego, powołanego do wydawania wyroków za przekroczenia w danej dziedzinie, nietylko dla władz administracyjnych, dając im wskazania, jak miejscowymi przepisami uregulować obrót handlowy w danej dziedzinie, ale jest on również bardzo cenny dla wszystkich tych, którzy zawodowo i dla zarobku zajmują się produkcyą, przemysłem czy handlem, żywnością i niektórymi przedmiotami użytku i bądź z ustawą, bądź z jej wykonawcami wchodzić mogą w kolizyę.

Austryacki »Codex alimentarius« w urzędowem swem wydaniu przedstawia poważne dzieło, które w pewnych zwłaszcza rozdziałach, omawiających metody badania, dla całego szeregu grup interesantów nie jest dostępne z powodu swego ściśle naukowego charakteru. Celem uprzystępnienia go dla jaknajszerszych grup interesantów i dla wszelkich stopni organów nadzorczych wydała go drukarnia państwowa w postaci skróconej z pominięciem ustępów o charakterze naukowym i w tej postaci nadano mu nazwę »Oesterreichisches Lebensmittelbuch«. Celem uprzystępnienia tego wydania jak najszerszym warstwom interesantów ustanowiono nietylko niską cenę 4 kor za tom, ale istnieje nadto podobno zamiar przetłomaczenia tegoż wydania kodeksu na rozmaite języki narodowości, zamieszkujących Austryę. Przekładu polskiego jednak nieprędko należy się spodziewać, a braku jego nie przyjdzie już teraz żałować wobec tego, że inspektor krakowskiego zakładu rządowego dla badania żywności, J. Hetper, przez wydanie swego poradnika p. t. *Żywność w obrocie handlowym*, potrzebie tej jak dla naszych stosunków w znacznej mierze zaradził.

Poradnik ten, napisany przedewszystkiem dla drobnego naszego przemysłu i kupiectwa, zajmujących się wyrobem czy sprzedażą żywności, posiada układ przyjęty w kodeksie powyżej omówionym i oczywiście jest z nim zgodny. Przedmioty, nie objęte dotychczas kodeksem, opracował autor na sposób przedmiotów objętych nim, przyjmując dla oceny ich zasady, któremi krakowski Zakład rządowy w orzeczeniach swych się kieruje. Ponieważ autorowi, jak i jego doradcom, zależało głównie na nadaniu poradnikowi charakteru informacyjnego dla drobnego przemysłu i handlu, pominięto w nim nietylko zupełnie metody badania oraz sposobu postępowania z towarem zakwestyonowanym, skonfiskowanym, ale ograniczono również sprawy reglementacyi obrotu handlowego, zaś co do poboru prób i oceny poszczególnych przedmiotów ograniczono się w poradniku do pojęć najważniejszych, poświęcając najwięcej miejsca części opisowej, wytłomaczeniu najważniejszych dla kupca i prze-

mysłowca postanowień ustawy z 16 stycznia 1906, oraz przepisów ustaw i rozporządzeń, odnoszących się do poszczególnych przedmiotów.

Poradnik Hetpera odda naszym kupcom i drobnym przemysłowcom rzetelną usługę, uświadamiając ich raz o odpowiedzialności wobec ustawy, powtóre przez zwrócenie uwagi, na jakie własności wyrabianych wzgl. sprzedawanych przez siebie środków spożywczych oraz przedmiotów użytku zwracać powinni baczność i jak postępować, by nie popaść w kolizyę z ustawą.

Ze względu na okoliczność, że nadzór nad żywnością, zwłaszcza po powiatach, spoczywa jak dotychczas głównie na lekarzach urzędowych, powiatowych,chciałbym na podręcznik Hetpera zwrócić uwagę. Im lepsze będzie uświadomienie sfer, wśród których lekarze powiatowi rozwijać muszą swą czynność nadzorczą, a dla których poradnik jest napisany, tem i zadanie i cel lekarzy szybciej da się osiągnąć. L. Bier.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Aschner: **O czynności przysadki mózgowej** (Pflüger's Archiv f. ges. Physiol. T. 164, 1. 2. 3).

Przysadkę mózgową znajdujemy już u najniższych kręgowców. Cały szereg badań poświęcono zagadnieniu, czy narząd ten jest niezbędnym dla życia, nie dały one jednak dotąd jednolitego wyniku. Aschner wypracował własną metodę wyłuszczenia przysadki, dającą z istniejących dotąd najlepsze warunki i największą gwarancyę czystości doświadczenia, ponieważ omija guz popielaty (tuber cinereum) i podstawę mózgu. Materyał doświadczalny obejmuje 123 psów. Doświadczenia te wykazały, że przysadka nie jest narządem niezbędnym dla życia, natomiast gra wielką rolę w przemianie materyi. Po usunięciu tego gruczołu występowały zmiany troficzne, nieznaczne u psów dorosłych, tem wybitniejsze jednak, im zwierzę było młodsze. Występowało zahamowanie wzrostu, przyczem utrzymywały się stale nasadowe granice kości. Uzębienie mleczne utrzymywało się stale, jak również meszek (lanugo). W skórze i narządach wewnętrznych (wątroba, nerka i gruczoł płciowy) występowało stłuszczenie, narządy płciowe cechował infantylizm. Ciepłota psów, pozbawionych przysadki, była o $1—1^1/_2$ stopnia niższą od prawidłowej; budowa naczyń krwionośnych pozostała nader delikatną. Dalej spostrzegał autor zwyrodnienie koloidów gruczołu tarczowego, długie utrzymywanie się grasicy. Zwierzęta odznaczały się małą ruchliwością; u samców występował zanik spermatogenezy, popęd płciowy zjawiał się późno i w stopniu słabym. Samiczki dorosłe nie zachodziły w ciążę, a ciąża istniejąca ulegała przerwaniu. U młodych ruja występowała szczątkowo bez krwawego wypływu z pochwy, w jajnikach znajdowano co najwyżej jedno ciałko żółte. Usuwanie przysadki wykazuje jej wpływ na przemianę materyi, analogiczny do działania tarczycy; wydzielanie N zmniejsza się przy głodzeniu zwierząt o $^1/_3$, a nawet o $^1/_2$. Adrenalina wywołuje znacznie mniejszy cukromocz, niż zwykle. Większą tolerancyę wobec adrenaliny tłómaczy autor zmniejszoną pobudliwością układu nerwowego współczulnego. Zapotrzebowanie tlenu obniża się znacznie. Żywienie kołaczykami z przysadki podnosi przemianę u psów, działa dodatnio na wzrost, podnosi przemianę białka. Kołaczyki te zdaniem autora powinnyby znaleść zastosowanie przy zwalczaniu otyłości.

Zestawiając badania innych autorów, stwierdza Aschner, że działanie fizyologiczne wyciągu z przysadki, t. zw. »pituitrinum infundibulare«, odpowiada działaniu na nn. błędny, współczulny i układ naczyniowy, wywołuje skurcz mięśni gładkich naczyń, jelit, pęcherza, macicy, wzmaga ich pobudliwość, wzmacnia wydzielanie moczu, wywołuje rozszerzenie źrenicy. Ciśnienie krwi pod wpływem tego wyciągu podnosi się, skurcze serca stają się wolne, a pełne.

Badanie fizyologiczne przysadki sprowadził na właściwe tory Brown-Séquard, który pierwszy uważał ją za gruczoł o wydzielaniu wewnętrznem, w działaniu podobny do tarczycy. W patologii człowieka schorzenia przysadki odgrywają rolę w akromegalii, dysplasia adiposogenitalis, otyłości, karłowatości, wzroście olbrzymim i infantylizmie. Ciąża i wytrzebienie wywołują w budowie przysadki wybitne zmiany. Badania nad skutkami wyłuszczenia przysadki rzuciły światło na znaczenie guza popielatego i szypuły gruczołu i wykazały, że ciała te zawierają ośrodki, niezbędne do życia. Zranienie guza popielatego wywołuje cukromocz. A. Markowa.

Medycyna wewnętrzna.

Frey: **O nakłuciu lędźwiowem przy mocznicy.** (Korr. f. Schw. Ärzte, 1912. 17). W ostrej mocznicy rozróżnia F. 3 typy: 1) mocznicę z typem zatrzymania soli, gdzie serce pracuje silnie, a objawy ze strony mózgu nie są zaznaczone; 2) mocznicę typu sercowego, ale bez objawów mózgowych; 3) typ mózgowy, gdzie są objawy ucisku mózgu, sztywność karku, wymioty, drgawki, oddech Cheyne-Stokesa, zwolnienie tętna i t. p. W pierwszej formie najlepsze usługi oddaje leczenie napotne i równoczesne wlewania soli kuchennej, w drugiej puszczenie krwi i środki sercowe, w trzeciej zaś wypuszczenie płynu mózgowo-rdzeniowego. Zwłaszcza przy zaczynającej się ślepocie bywa wynik znakomity tak, że jest ona zarazem bezwzględnem wskazaniem do nakłucia lędźwiowego. Wypuszczać należy płyn dopóty, aż ciśnienie spadnie do poziomu prawidłowego. A.

Citronblatt: **Rozpoznawcze znaczenie antytryptycznej zawartości surowicy krwi przy raku i przy innych cierpieniach.** (Med. Klinik 1912 Nr 34). W roku 1908 zwrócono uwagę, że surowica krwi przy raku zawiera zwykle większą ilość substancyi antytryptycznych. Statystyki wykazały, że objaw ten występuje w przeszło 80% przy raku, a zaledwo w 20% innych schorzeń. Odczyn ten odnoszono do zwiększonego rozpadu białka. Badania autora wykazały, że rzeczywiście przy raku niemal w 90% spotykamy ten objaw, natomiast brak jego nie wyłącza wcale obecności raka. Ilość substancyi antytryptycznej nie stoi w żadnym stosunku z rozległością nowotworu rakowego. Przy mięsakach objaw ten jest znacznie rzadszy. Prócz tego ten objaw występuje, choć rzadko, przy gruźlicy, kile, durze brzusznym, kamicy żółciowej i ciąży. Rozpoznawcze znaczenie może mieć tylko wtedy, jeżeli przy innych objawach klinicznych wypadnie odczyn dodatnio. A.

E. Ecsedi i S. Sebök: **Wartość lecznicza jodfersanu w leczeniu kiły.** (Z oddz. skórnego izr. szpitala w Peszcie). Salwarsan nie jest w stanie wyrugować rtęci i jodu przy leczeniu kiły. Po 8-miesięcznych doświadczeniach w kierunku ocenienia wartości szeregu przetworów jodowych, uwzględniają autorowie w pierwszej linii »jodfersan«. Kołaczyki zawierają po 0·4 g fersanu i 0·19 jodku potasu. Wessalność łatwa. Jod krąży we krwi jednostajnie i jednostajnie bywa wydalany. Doświadczenia obejmują 86 chorych. Ms. W.

Prof. Determann. **Leczenie wodą, powietrzem i klimatem górskim.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912. Nr I. i II.). Ustrój dziecięcy w porównaniu z ustrojem dojrzałym w słabym tylko stopniu zdolny jest do regulowania zmian termicznych, osmotycznych i protoplazmatycznych swoich tkanek, z powodu czego wskazana jest wielka ostrożność w stosowaniu fizycznych zabiegów leczniczych. Niektóre jednak z tych zabiegów działają bardzo korzystnie na ustrój dziecięcy, czasem nawet w wyż-

szym stopniu, niż na ustrój dojrzały, jak np. pobyt w górskim klimacie, w szczególności kąpiele powietrzne i słoneczne. Dr Weissglas.

Doc. Kakowski. **Korzenie w przebiegu zapalenia nerek.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912, Nr II. i III.). Przez korzenie w ściślejszem tego słowa znaczeniu rozumie się różne części rozmaitych roślin, które przyczyniają się do poprawy smaku, np. wanilia, cynamon, szafran i t. p. Działanie ich, a zwłaszcza niekorzystny wpływ na nerki, są mniej więcej znane. Natomiast co do dwóch roślin, t. j. pietruszki i kopru, które w kuchni i w lecznictwie ludowem mają częste zastosowanie jako środki moczopędne, dotychczas tego powiedzieć nie było można. Doświadczenia autora, przeprowadzone na szeregu chorych na nerki, wykazują niekorzystny wpływ także i tych roślin na nerki, wywołany podobnie, jak i przy użyciu innych korzennych przypraw, przez olejki eteryczne, w tych roślinach zawarte. Dr Weissglas.

Marius Lauritzen. **O wskazaniach leczenia owsianego w przebiegu cukrzycy.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912. Nr IV.). Jeszcze przed Noordenem szukano jakiegoś węglowodanu, któryby działał hamująco na tworzenie się kwasów w przebiegu ciężkiej cukrzycy. Noorden przypadkowo znalazł, że najlepiej jeszcze temu celowi odpowiada węglowodan, zawarty w ziarnach owsa. Z początku stosował Noorden leczenie owsem tylko przy rozpoczynającej się śpiączce cukrzyczej (coma diabeticum). Później jednak rozszerzył wskazanie zastosowania przetworów owsianych także na inne okresy cukrzycy. Leczenie to przedstawia się w sposób następujący: Po dwóch dniach dyety jarzynowej następują 2—3 dni, gdzie chorzy dostają około 200—300 gr. grysiku owsianego z dodatkiem 100 gr. masła i 2—6 jaj itp. Po tych t. zw. »dniach owsianych« (Hafertage) następują znów »dnie jarzynowe« (Gemüsetage) itd. To przeplatanie dyety jarzynowej z dyetą owsianą pozwoliło właśnie Noordenowi rozszerzyć wskazania do zastosowania dyety owsianej także na inne postacie cukrzycy. Najlepiej jednak działa leczenie to u dzieci, a u dorosłych działa dobrze w średnio ciężkich postaciach cukrzycy. Wedle Bluma nie chodzi tu wcale o jakieś szczególne działanie węglowodanu owsa, bo także inne mogą działać podobnie, o ile tylko na to się uważa, aby dyeta jarzynowa poprzedzala dyetę owsianą; przez czas bowiem, w którym chorzy nie dostają w ogóle mącznych potraw, zmniejsza się nadmierna zawartość cukru we krwi, a zwiększa się natomiast jej tolerancya wobec węglowodanów. Weissglas.

Buxbaum. **Przyczynek do leczenia nerwobolów zapomocą radu.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie. 1912. Nr V.). Znany jest korzystny wpływ radu na różne schorzenia układu nerwowego, w szczególności nerwów obwodowych (nerwobóle). Dziś istnieje już cały szereg przetworów radyoczynnych, które można stosować zewnętrznie w postaci różnych maści, plastrów i okładów. Okłady, stosowane nawet przez całe miesiące, nie tracą na swojej sile promieniotwórczej (Radioldauerkompressen). Okłady takie pozostawia się na odpowiedniem miejscu ciała przez 6 do 12 godz„ stosownie do głębokości nerwu, na który chcemy zadziałać. Weissglas.

Cronheim. **Znaczenie lecytyny w przemianie materyi u dorosłych.** (Zeitschrift f. physik. u. diatet. Therapie. 1912. Nr V.). Na podstawie dotychczasowych doświadczeń różnych autorów zdaje się nie ulegać wątpliwości, że można korzystnie wpłynąć na przeróbkę związków fosforowych zapomocą lecytyny w rozwijającym się ustroju. Autorowi chodziło o przekonanie się, czy już rozwinięty ustrój potrzebuje doprowadzenia lecytyny, względnie czy związki fosforowe, zawarte w pokarmach, wystarczają do zaspokojenia jej braku. Na podstawie swoich doświadczeń dochodzi do przekonania, że prawie wszystkie nasze pokarmy zawierają lecytynę i że lecytyna w przeróbce materyi człowieka dorosłego równie wielką odgrywa rolę, jak w ustroju rosnącym i wreszcie, że podobnie jak u dzieci wywiera wpływ korzystny przy zastępowaniu utraconych wskutek przeróbki materyi związków azotowych. Weissglas.

Prof. Determann. **Leczenie klimatyczne przy chorobach serca i naczyń.** (Zeitschrift f. physik. u. diätet. Therapie, 1912. Nr VII i VIII). Klimat działa przez swoje poszczególne czynniki: ciśnienie powietrza, skład powietrza, prądy powietrzne, wilgoć, ciepłotę, naświetlenie słoneczne, częstość zmiany pogody, rodzaj ziemi gruntowej, elektryczne właściwości powietrza. Każdy z tych czynników z osobna lub też razem wzięte w wysokim stopniu wywierają wpływ na układ krwionośny człowieka. Wobec tego, że układ krwionośny, a przedewszystkiem chore serce jest bardzo wrażliwe na wspomniane czynniki klimatyczne — przeto przy wyborze miejscowości klimatycznej, dokąd wysyła się chorego ze zmianami układu krwionośnego, jest wskazana wielka ostrożność. Autor przytacza między innymi następujący przykład z własnej praktyki. 35-letni architekt, u którego autor przed wyjazdem do górzystej miejscowości nie znalazł żadnych objawów chorobowych ze strony serca, musiał po krótkim czasie miejscowość tę, 800 m. ponad poziomem morza położoną —, z powodu objawów niedomogi serca opuścić; objawy te po powrocie w miejsce dawnego pobytu zupełnie znikły. Weissglas.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 23. X. 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, obecnych 50.

1) Po otwarciu posiedzenia prezes kol. Dr Janiszewski poświęcił gorące wspomnienie ś. p. Dr Warzyckiemu. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie. Następnie prezes oznajmił, że zapowiedziany przez Prof. Dr Marchlewskiego wykład odbędzie się dopiero za 2 tygodnie, gdyż prelegent został telegraficznie powołany do Krynicy.

2) Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Dr Reginę Weinberg.

3) Doc. Dr Radliński przedstawia chorą l. 36, którą przed $3^1/_2$ tygodniami operował w szpitalu wojskowym z powodu ostrego **wgłobienia**. Chora przy badaniu okazywała typowe objawy wgłobienia. Guz walcowaty, o zmieniającej się twardości, znajdował się w lewej połowie jamy brzusznej i zaczynając się od podżebrza, ginął w miednicy małej. Zatrzymanie wiatrów i stolca, a przytem ciągłe parcie na stolec z wydzielaniem się czystej niemal krwi. Badanie przez odbyt wykazywało, że 4 cm. ponad zwieraczem znajduje się w kiszce prostej koniec jelita wgłobionego; można było wyraźnie wyczuć wejście do zdwojonej pętli. Wyczuwany koniec pętli wgłobionej (caput invaginati) miał konsystencyę prawidłową, nie był zwiotczały, zgorzelinowy. Objawy trwały od 4 dni; sprawa rozpoczęła się ostro bez wyraźnej przyczyny. Laparotomia z lewostronnego cięcia typu Jalaguier. Okazało się, że wgłobienie jest okrężniczo-okrężnicze; wrota wgłobienia odpowiadały lewemu zagięciu okrężnicy (flex. lienalis), również jak cała okrężnica nadmiernie ruchomemu. Ze względu na dobry stan pętli wgłobionej przystąpiono do odgłobienia (desinvaginatio). Z pewnym trudem zostało to dokonane pomyślnie — powstało przytem parę naddarć w jelicie zewnętrznem (pochwie wgłobienia), sięgających aż do śluzówki. Naddarcia pozaszywano w kierunku poprzecznym do osi jelita. Aby zapobiedz nawrotom, zastosowano zeszycie równoległe ramion okrężnicy, leżących powyżej i poniżej wrót wgłobienia w ten sposób, by nie mogło

wrócić niezbędne do powstania wgłobienia choćby na chwilę ustawienie tych ramion w jednej prostej linii. Przytwierdzeniu pętli do przedniej ściany brzusznej (colopexia) R. nie dowierza, a proponowanej przez Dobruckiego enteroanastomozy nie mógł dokonać ze względu na opisane naddarcia. Szew rany na głucho. Przebieg pooperacyjny zupełnie pomyślny.

W dyskusyi zabrał głos Prof. Dr Gliński.

4) Prezes Dr Janiszewski przedstawił zebranym plany przyszłych **zakładów sanitarnych** miasta Krakowa, w szczególności domu izolacyjnego i zakładu dezynfekcyjnego.

W bardzo ożywionej dyskusyi, jaka się na ten temat wywiązała, zabierali głos prof. Braun, Dr Gertler, Dr Jendl-Sausenhofen, Dr Bannet, którym mówca udzielał odpowiednich wyjaśnień.

Sekretarz doroczny: Dr Ada Markowa.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie z d. 20. kwietnia 1912.

Obecnych 24 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

Kol. Brzeziński odczytuje pracę swoją, (drukowaną w »Zdrowiu«): **O dyecie szpitalnej** i przedstawia tablice z rozkładem dyety na cały tydzień w szpitalu w Zawierciu.

W dyskusyi kol. Weinzieher zwraca uwagę, że w rozkładzie kol. Brzezińskiego zdarza się rosół, jako jedno danie, kotlety jako drugie, i zapytuje, gdzie się podziewa mięso rosołowe. Po odpowiedzi, że się dostaje służbie, zaznacza kol. Weinzieher, że takie postępowanie możliwe jest tylko w małych szpitalikach. W będzińskim n. p. przy 80 chorych byłoby to wprost niemożliwe; to też przepisuje się kotlet tylko wyjątkowo, nie więcej, jak jakie 5 kotletów na 80 porcyi. Jeżeli się uwzględni, że porcyi ścisłych bez mięsa bywa 30—40, to trudno jeszcze zmniejszać ilość mięsa rosołowego. Następnie kol. W. zapytuje, dlaczego kawa i herbata weszły w codzienne użycie dyety szpitalnej w Zawierciu, pomimo zwalczania tych używek przez wielu lekarzy.

Kol. Arnold zapytuje, ile wynosi średnio koszt porcyi dziennej.

W odpowiedzi kol. Brzeziński zaznacza, że wychodzi z zasady, iż dyeta szpitalna nie powinna zbytnio odbiegać od dyety zwykłej chorego, a że ogół używa stale kawy lub herbaty, więc uważał za stosowne dawać je i chorym w szpitalu. Co do kosztów, to średnia wartość surowych produktów na 1 porcyę wynosi 30 kop.

Kol. Arnold uważa za niesłuszne usunięcie z I. porcyi grochu, kapusty, buraków, marchwi i t. p. potraw, może i nieco trudniej strawnych, ale do których ludność nasza jest przyzwyczajona i doskonale je w domu trawi. Sam w szpitalu, którym zarządza, często te potrawy stosuje; urozmaica to chorym bardzo pożywienie, a mowca nie zauważył, aby to komu kiedy zaszkodziło. Dyeta kol. B. wydaje się w niektórych przypadkach zbyt obfitą i dosyć drogą. Kol. A. stosuje u siebie system przedsiębiorstwa. Przedsiębiorczyni otrzymuje średnio 35 kop. za porcyę dzienną, opał, światło i mieszkanie. Ma to tę dobrą stronę, że chorzy nie krępują się skargami przed lekarzem, a przedsiębiorczyni, wiedząc o tem, stara się wszystko należycie wykonać. Co do używek, to mowca jest zdania, że należy je w dyecie szpitalnej zostawić.

Kol. Brzeziński wyjaśnia, że w swoim szpitalu ma bardzo mało chorych z lekkiemi uszkodzeniami, którzyby mogli jeść wszystko, dlatego w porcyi I. mógł umieścić tylko lżej strawne pokarmy. Co do systemu przedsiębiorstwa, to zdaje mu się, że lepiej chorzy wychodzą na tem, jeżeli się kuchnię prowadzi na własną rękę.

Kol. Weinzieher zwraca uwagę, że 35 kop. kol. Arnolda wcale nie wynoszą taniej, niż 30 kop. kol. B. Przedsiębiorczyni zawsze będzie się starała zarobić możliwie więcej i, jeżeli jakość produktów zadowolni chorych, to bardzo trudno stale kontrolować, czy ilość odpowiada przepisowi.

Kol. Dehnel proponuje, aby lekarze szpitalni większą uwagę zwracali na dyetę i traktowali ją więcej naukowo, obliczając na kalorye i możliwie indywidualizowali ją odpowiednio do płci, wagi ciała i t. p. na podstawach naukowo stwierdzonych ilości kaloryi, indywidualnie potrzebnych każdemu choremu. Żywienie chorych powinno być jaknajbardziej urozmaicone, przyczem ilość spożywanych zup powinna być jak najwięcej ograniczona.

Kol. Podczaski wyraża zdanie, że ilość kaloryi, podawanych w pokarmie, sprawy nie rozwiązuje. Asymilacya pokarmów i strawność zależy od sposobu przyrządzania i smakowitości. Wiadomo, że czynności trawienne w znacznym stopniu są zależne od smakowitości. Kol. P. jest za systemem gospodarczym, a nie przedsiębiorczym. Dyeta powinna być możliwie mięszana wobec znacznego kontyngensu uszkodzeń lekkich w naszych szpitalach. Oświadcza się również za możliwie większem ograniczeniem ilości wprowadzanych płynów, wpływających szkodliwie na trawienie przez zbytnie rozcieńczenie kwasu żołądkowego, przytem sądzi, że zupę należy zawsze podawać po mięsie, a nie odwrotnie.

Kol. Weinzieher zaznacza, że indywidualizacya, proponowana przez kol. D., jakkolwiek naukowo zupełnie uzasadniona, daje się przeprowadzić tylko w doskonale urządzonych specyalnie dla leczenia dyetetycznego sanatoryach, w naszych zaś szpitalach nie da się zastosować. Przytem nie można tu zawsze uwzględniać takiego czynnika, jak waga, u osób ciężko chorych. Osoby wycieńczone po chorobach gorączkowych powinny n. p. być forsownie odżywiane i t. p. Co do podawania rosołu, to, jakkolwiek rzeczywiście zawiera on bardzo mało kaloryi, to jednak działa podniecająco na wytwarzanie soków trawiennych i dlatego powinien być podawany przed mięsem. Pogląd Bungego, wypowiedziany przez kol. Podcz., nie jest uznany przez innych fizyologów i nie wszedł w powszechne zastosowanie. Ilość zupy powinna być mniejsza, niż się u nas zwykle stosuje.

Kol. Królikowski przyznaje, że szpital mógłby mieć znaczenie kulturalno-wychowawcze dla ludu, za mało jednak posiada ku temu środków.

Kol. Wołkowicz stwierdza również, że zasada, propagowana przez Bungego, wpierw mięso, potem rosół, upadła. Kapusta i t. p. potrawy, pomimo trudniejszej strawności, powinny znaleźć zastosowanie w dyecie szpitalnej.

Kol. Brzeziński w konkluzyi uznaje dyskusyę za bardzo interesującą, uznaje słuszność niektórych zarzutów, zwłaszcza co do urozmaicenia pożywienia. Co do ilości płynów, to należy być bardzo oględnym i nie można zbytnio w żywieniu szpitalnem odbiegać od typu ogólnie przyjętego. Wreszcie pragnąłby, aby myśl kol. Dehnela weszła w życie i aby opracowano wzór racyonalnej dyety szpitalnej.

Posiedzenie z d. 4. maja 1912.

Obecnych 25 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Czajkowski.

1. Kol. Puterman i Wołkowicz. Młody 24-letni człowiek dotknięty cierpieniem gruczołów limfatycznych zewnętrznych, przejawiającem się znacznem ich powiększeniem, występującem etapami w rozmaitych okolicach ciała co kilka lat, jednocześnie z dreszczykami, nieznaczną gorączką (do 38°C) i potami. Obecnie powiększone są znacznie gruczoły pachwinowe i udowe po stronie prawej. Stanowią one razem guz wielkości mandarynki o spoistości ścisłej, przesuwalny na podstawie, nie przyrosły do skóry, która ani nie jest zaczerwieniona, ani naciekła. Guz ten składa się z 3 części, oddzielonych od siebie głębokiemi bróździami, z dolnej części większej i dwóch górnych,

znacznie mniejszych. Gruczoły limfatyczne w innych okolicach ciała, jako to: na karku, pod lewą pachą, w prawej pachwinie i poniżej tej pachwiny, wyraźnie powiększone; niektóre z nich dochodzą wielkości orzecha tureckiego. Chory przechodził już trzykrotnie operacyę z powodu tego cierpienia. 14 lat i 11 lat temu wyłuszczono gruczoły szyjne, z których jeden miał rzekomo być zserowaciały; 8 lat zaś temu operowano gruczoły pod prawą pachą (w Krakowie). Cierpienie uważano rzekomo za gruźlicę. 4 lata temu stwierdzono bolesne i powiększone gruczoły w jamie brzusznej, które jednak po pewnym czasie znikły (po leczeniu arszenikowem).

Chory dziedzicznie nie jest obciążony. Wątła budowa, odżywienie średnie. W narządach wewnętrznych, ustach, gardle, zmian żadnych niema. Bladość błon śluzowych i skóry. Chory przechodził w dzieciństwie błonicę, dur brzuszny, kilka lat temu kamicę nerkową (kolka nerkowa, kamyczek odszedł z moczem). Z sutków, wielkości zwykłej, łatwo wyciskać się daje już od dłuższego czasu płyn biały o niebieskawym odcieniu, mleko (sprawdzono drobnowidowo). Skargi podmiotowe: osłabienie, dreszcze, wrażliwość na zimno, skłonność do potów, brak łaknienia. W moczu: dwuazowy odczyn ujemny, białka i cukru nie ma, indykan obfity. Odczyn Pirqueta dodatni, Wassermanna ujemny. Krew: hemoglobiny 80%; ilość białych i czerwonych krwinek oraz wzajemny ich stosunek prawidłowy. Limfocytoza. W celach rozpoznawczych wyłuszczono (Wołkowicz) tydzień temu gruczołek, który leżał oddzielnie na zewnątrz od owego dużego guza w okolicy pachwinowej prawej. Przekrój gruczołu tego sadłowaty. Sok z przekroju, badany pod drobnowidem, zawierał dużo limfocytów. Gruczoł sam wysłano do Warszawy kol. Klejnowi do bliższego zbadania, względnie do rozstrzygnięcia, jaka sprawa w danym przypadku się toczy: gruźlica, czy też limfogranulomatoza. Za gruźlicą przemawiałyby z obrazu klinicznego: zserowacenie pewnych gruczołów, początek choroby we wczesnej młodości (w wieku 7 lat), dodatni odczyn Pirqueta i limfocytoza. Czy zaś inne objawy kliniczne, jak charakter guza, spoistość jego, wielkość znaczna z wyraźnem odgraniczeniem oddzielnych gruczołów, przesuwalna i nie zaczerwieniona skóra, brak chełbotania i brak bolesności, czyby te objawy rzeczywiście, jak sądzi Klejn w ostatniej swej pracy (Gaz. lek. 1912) przemawiały za limfogranulomatozą, przekona o tem bliższe badanie wyciętego gruczołu i dalszy przebieg choroby. A jeżeliby się nawet okazało, że zmiany w gruczole odpowiadają pojęciu granulomatozy, to wtedy trzebaby jeszcze rozstrzygnąć pytanie, czy nie ma jednocześnie gruźlicy i limfogranulomatozy.

Z powodu tego przypadku kol. Puterman podaje obraz kliniczny **limfogranulomatozy**, omawia pokrótce etyologię tego cierpienia, różne jego postacie, a także rokowanie i leczenie. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiali kol. Żołędziowski, Weinzieher, Dehnel, Arnold i Suchodolski.

2. Kol. Czajkowski i Łapiński: O. T. lat 41, z zawodu górnik, od urodzenia ma mowę nieprawidłową. Przechodził przed 20 laty zapalenie płuc. Pochodzi z rodziny całkiem zdrowej. Obecna choroba rozpoczęła się przed 5 miesiącami. Najpierw wystąpiły, jak chory podaje, obrzęki na obu kończynach dolnych. Obrzęki te miały trwać około 2 miesięcy, później zaczęły ustępować, a jednocześnie zaczęły twardnieć powłoki zewnętrzne i ściągać się do tego stopnia, że ruchy w kolanach stały się zupełnie niemożliwe. Obecnie chory ma stałe przykurczenie obydwu kończyn dolnych w stawach kolanowych. W dwa miesiące po obrzękach na nogach wystąpiły obrzęki na prąciu i mosznie, a posuwając się wyżej, na dolnej połowie brzucha i pośladkach. Z kolei i tutaj przyszło do stwardnienia skóry, kurczenia się jej i do ściągnięcia niby opaską całej dolnej części brzucha i krzyża.

Chory wzrostu średniego. Skóra blada, kościec dobrze rozwinięty. Uwłosienie prawidłowe. Widzi i słyszy dobrze. Klatka piersiowa: granice płuc o jedno żebro przesunięte ku dołowi. Szmery oddechowe zaostrzone; liczne świsty i furczenia, słowem rozedma płuc z nieżytem oskrzeli. Plwocina śluzowo-ropna, skąpa, kaszel dość duży. Odpluwanie utrudnione. L. odd. 30. Wymiary serca opukowe nie powiększone. Tony serca głuche, II. ton nad płucną, jak również nad aortą zaostrzone. L. t. 74. Tętno wolne, miarowe i dobrze napięte Wątroba wydaje się przy opukiwaniu nieznacznie powiększoną; granice śledziony prawidłowe. Brzuch wciągnięty, deskowaty. Odgłos opukowy przytłumiony z odcieniem bębenkowym. Stolec codziennie twardy. Apetyt dobry. Bezsenność. Chory jeść dużo nie może, gdyż z powodu zmniejszenia pojemności brzucha, pokarm, jak powiada, »ciśnie mu pod piersiami«. Rozpoznanie: **twardzina skóry** (scleroderma).

W dyskusyi przemawiali kol. Csernak, Łapiński, Sawicki, Dehnel, Weinzieher, Zatorski, Czajkowski, Arnold, Wołkowicz, Kołudzki i Białostocki. Dyskusya toczyła się koło rozpoznania, patogenezy i leczenia.

3. Kol. Czajkowski: **Medycyna przyszłości i stanowisko w niej lekarza.**

Wychodząc z założenia, że w historycznym rozwoju kultury spotykamy się często ze zjawiskiem, że wielkie wynalazki, dokonane przez genialnych ludzi, były jakby przewidziane lub przepowiedziane przed wielu wiekami, w mniej lub więcej mglistej lub określonej formie, kol. Cz. znajduje w rozwoju ludzkości pewien motyw przewodni, ciągnący się przez cały szereg wieków, a polegający na niejasnej mglistej zapowiedzi faktów, które po wielu wysiłkach myśli ludzkiej, po wielu mozolnych badaniach całych pokoleń stwierdzane zostają, jako prawdy niezawodne. Tezę tę kol. Cz. obficie objaśnia przykładami z dziedziny historyi przyrodoznawstwa, zatrzymując się szczegółowiej nad rozwojem patologii. Studyując rozwój historyczny pewnej wiedzy, a w szczególności medycyny, można w obecnym jej stanie znaleźć pewne wytyczne, nieraz dopiero kiełkujące idee, nieraz odkrycia, wydające się na razie niezbyt ważnemi, które jednak mogą nam wskazać kierunki, w których potoczy się nasza wiedza w przyszłości.

Zaznaczywszy wybitną rolę, jaką odegrało w rozwoju nowożytnej medycyny i biologii wogóle odkrycie komórki i prace nad jej budową i czynnościami, dzięki którym epokę obecną w przyrodoznawstwie i medycynie możnaby nazwać epoką komórki, przechodzi prelegent do tych najnowszych odkryć, które mu się wydają wytycznemi przyszłości medycyny. Tutaj prelegent odrazu zaznacza, że najważniejszą rolę w dzisiejszym rozwoju medycyny odgrywa chemia. Zwraca uwagę na niezmiernie ważne badania Ostwalda, Reformackiego i innych nad zachowaniem się cieczy białkowych pod względem dyffuzyi, ważne niezmiernie ze względu na to, że w ustroju ludzkim wszystkie komórki i ciecze są białkowe i wszystkie czynności życiowe polegają na chemizmie tych ciał. Odkrycia Sulivana i Thomsona, identyfikujące działanie fermentów z działaniem katalitycznem, a tem samem z działaniem kwasów rozcieńczonych, sprowadzają czynności bardzo skomplikowane do prostych, dających się wyrazić wzorem matematycznym. Bardzo ważne prace Brediga nad własnościami katalitycznemi niektórych metali, jak platyna i srebro, dały już asumpt do wyzyskania tych własności w celach leczniczych i wyprowadziły na rynek środków leczniczych kollargol i elektrargol. Przy badaniu spraw utleniania zapomocą katalizy zwrócono uwagę na ciekawe zjawisko »zmęczenia« katalizatorów po pewnym czasie; trzeba pewnego ściśle określonego czasu do przyprowadzenia ich do równowagi. Tak samo »nużą się« płyny katalityczne; zależnie od czasu pracy sprawy utleniania ustają i potrzebny jest odpoczynek, aby szły dalej. Oprócz zmęczenia płyny koloidalne ulegają zatruciom: po wprowadzeniu pewnej ilości kwasu pruskiego

lub nastoju wroniego oka (t-rae nuc. vomic.) działalność katalityczna ustaje. Fakty te staną się bodźcem do dalszych badań. W ten sposób, zdaniem prelegenta, możemy kiedyś dojść do zrozumienia istoty zmęczenia, przewodnictwa nerwów, osłabienia tegoż, wyjaśnienia wielu ważnych spraw, jak np. obniżenia sprawności spraw życiowych w komórkach, biochemizmu komórek. Następnie przelegent zwraca uwagę na odkrycie Hertwiga, dotyczące rozwoju żab, zależnego od ciepłoty, która to zależność daje się ściśle określić w postaci cyfr. W ten sposób znowu mamy możność stwierdzenia faktów biologicznych zapomocą wzorów matematycznych. Stokvis i Richet wykazali wpływ ciepłoty i podrażnienia większego lub mniejszego na działanie jadów. Wyjaśnia to nam różnicę w działaniu leków w stanie gorączki i nakazuje pod tym względem pewną ostrożność. Van t'Hoff wykazał, że ciśnienie osmotyczne w komórce żywej podlega tym samym prawom osmotycznym, co w przyrządach. Następnie zastanawia się prelegent nad badaniami de Vriesa nad plazmolizą i Clagdena nad obniżaniem punktu zamarzania i podniesieniem punktu wrzenia zależnie od stopnia koncentracyi rozczynów, nad zjawiskami elektrolizy i dochodzi do wniosku, że od tych badań zależy dalszy postęp w medycynie, zważywszy, że komórka stała się osią w biologii i medycynie. Szczególnie chemizm komórki, którego zbadaniu poświęcił się Ehrlich, stanowi istotę spraw życiowych. Największą zasługę Ehrlicha prelegent uznaje w wykryciu powinowactwa chemicznego pewnych ciał chemicznych do pewnych części komórek i odwrotnie. Zdaniem prelegenta odkrycie to skieruje dalsze badania farmakologiczne na zupełnie nową drogę i wykaże zupełną bezwartościowość mnóstwa leków obecnych. Firma Parke Davis już dzisiaj zaczyna przeprowadzać badania nad powinowactwem pewnych leków do pewnych komórek ustroju zwierzęcego. Następnie rokuje prelegent dalszy rozwój badaniom fizyologicznym nad wyciągami z gruczołów, jak wyciągami z nadnercza i hormonami, odgrywającymi ważną rolę nietylko w fizyologii, ale i w powstawaniu spraw patologicznych. Rzeczą niedalekiej przyszłości będzie zdaniem prelegenta, opartem na ogromnym rozwoju parazytologii, zupełnie odmienny podział nozologiczny spraw patologicznych, i nie zmiany anatomiczne, ale zakażenia różnorodnymi drobnoustrojami będą dawać podstawę dzielenia chorób na grupy.

Zbierając wszystko, dochodzi prelegent do wniosku, że pod wpływem badań nad komórką i wogóle mikrobiologii zmieniły się poglądy na istotę choroby, na działanie leków, na czynności fizyologiczne, i nie ulega wątpliwości, że dalsze badania potoczą się w tym kierunku. Stanowisko lekarza w społeczeństwie i wobec chorego wzmoże się. Będzie on musiał być teoretycznie poważnie wykształconym i sprawy chorobowe traktować z szerszego punktu widzenia biologicznego. Przyjdzie czas, gdy lekarz będzie synonimem przyjaciela ludzkości. Leczenie praktyczne ulegnie w niedalekiej przyszłości gruntownej zmianie. Opierając się na sprawach chemicznobiologicznych, będzie wymagało szczegółowych i skomplikowanych badań, niemożebnych w leczeniu domowem, które w ten sposób sprowadzone będzie do minimum. Tylko szpitale, opatrzone w doskonałe pracownie analityczne i wogóle dyagnostyczne, będą odpowiedniemi dla chorych instytucyami. I dziś już widzi się pewien postęp w tym kierunku.

Dyskusyę nad tym wykładem wobec spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

S. Weinzieher (Będzin).

---

†

Dr Henryk Kadyi

profesor anatomii w Uniwersytecie lwowskim, zmarł 25. października 1912 w 62. roku życia.

Życiorys zamieścimy w jednym z najbliższych numerów

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 30. X. 1912 posiedzenie, na którem prezes Dr Janiszewski poświęcił gorące przemówienie pamięci prof. Kadyia, podnosząc zasługi Zmarłego nietylko na polu zawodowem, ale także narodowem i społecznem, oraz prawość i zacność Jego charakteru i zaznaczył, że Towarzystwo lekarskie krakowskie odczuwa głęboko i boleśnie stratę, jaką przez śmierć ś. p. Kadyia poniosły polska nauka i społeczeństwo. Następnie odbył się zapowiedziany wykład Dr Landaua: »O znaczeniu objawów ogólnych dla wczesnego rozpoznania nowotworów mózgu«, a Prof. Piltz i lekarze kliniki przedstawili szereg chorych. W dyskusyi przemawiali Drowie Rydel, Spira, Rogalski, Landau i Prof. Piltz.

— Prof. Dr Emil Godlewski jun., został mianowany zwyczajnym profesorem embryologii i biologii.

— Na pole wojny bałkańskiej wyjechały z Krakowa dwie uczennice kursów samarytańskich (Dr Klęska), jako ochotniczki w służbie sanitarnej serbskiej.

— Treść Kalendarza lekarskiego krakowskiego, którego druk jest już na ukończeniu, jest następująca: 1) Kalendaryum. 2) Najwyższe dawki dla dorosłych. 3) Różne wiadomości z farmakologii, ważne dla lekarza. 4) Tablice ciąży, wzrostu i t. d. 5) Sztuczne kąpiele. 6) Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. 7) Otrucia. 8) Skorowidz zdrojowisk. 9) Ważniejsze dane z fizyologii dziecka. 10) Ważniejsze badania kliniczne. 11) Badanie bystrości wzroku. 12) Technika częściej stosowanych zabiegów leczniczych. 13) Poradnik chirurgiczny dla lekarza praktycznego. 14) Dział medycyny sądowej i ubezpieczeniowej. 15) Katechizm gruźliczy. 16) Podręcznik terapeutyczny. 17) Spis nowych leków i specyfików. 18) Synonimy lekarskie. 19) Schematyzm lekarski. 20) Wiadomości pocztowe.

Redakcya Kalendarza lekarskiego uprasza P. P. Kolegów o rychłe odsyłanie kart zamówień, gdyż późniejsza księgarska cena kalendarza jest wyższą. Ewentualne zmiany adresów będą mogły być uwzględnione jeszcze w najbliższych dniach w ostatniej korekcie. Zarazem Redakcya donosi, że zamierzony nakład kalendarzy broszurowanych jest już wyczerpany.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 21. X. do 28. X. 1912 przypadków: ospy 3 † —.

Dr Trenkner.

Z różnych stron. W I. międzynarodowym Zjeździe pedyatrów w Paryżu (6—10. X.) uczestniczyło 300 lekarzy, z tego 10 Polaków (3 z Warszawy, 2 z Łodzi, po 1 ze Lwowa, Kijowa, Dąbrowy górn., Petersburga, Wilna). Wykłady wygłosili prof. Raczyński ze Lwowa i Dr Biehlerowa z Warszawy. (Gaz. lek. Nr 43).

— Jedyną rzeczywiście lekarską instytucyą ubezpieczeń jest w Austryi »Pensionsinstitut des Wiener medizinischen

Doktorenkollegium«. Premie za ubezpieczenie są w tym Instytucie o czwartą część niższe, niż w zwykłych Towarzystwach ubezpieczeń; instytut wypłacił dotąd 1,150.000 kor. pensyi, a ma przeszło 2,000.000 kor. majątku. By ułatwić kolegom przystępowanie, zmienił Instytut swe statuty. Każdy lekarz, mający dyplom austryacki, może ubezpieczać się odtąd na pensyę 2.400 kor. (dotąd maximum wynosiło 1200 kor.; dawniejsi członkowie mogą ubezpieczenie swe podwyższyć). Utworzono nową taryfę (Spartarif), według której można płacić premie w dowolnych terminach i w rozmaitej wysokości. Przez zniesienie przymusu reasekuracyi uzyskano około 20% oszczędności. O statuty i wyjaśnienia zwracać się należy do biura Instytutu (Büro des Pensionsinstitutes des Wiener med. Doktorenkollegium, Wien I., Franz Josef Kai Nr 65). Prezesem instytucyi jest prymaryusz r. Dr H. Adler, wiceprezesami Dr Scholz i prof. Dr K. Ewald.

— Na XVII. międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Londynie (6 do 12 sierpnia 1913) odbędą się na posiedzeniach ogólnych wykłady profesorów Chauffarda, Ehrlicha, Burnsa, Cushinga i Batesona. Zjazd obradować będzie w 23 sekcyach; przedpołudnia przeznaczone są na tematy, obrane z góry, popołudnia na luźne wykłady. Z obranych w sekcyach tematów przytaczamy ważniejsze: I. Anatomia i embryologia: 1) Układ przewodzący serca (referenci His, Josué, Lewis, Mackenzie), 2) Pierwsze okresy rozwojowe jaja ludzkiego (Eternod). 3) Lokalizacya mózgowa (Kappers). II. Fizyologia. 1) Wzajemny stosunek narządów o wydzielaniu wewnętrznem i zmian w tem wydzielaniu (Gley, Koranyi, Kraus). 2) Wzajemność inerwacyi (Sherrington). 3) Przemiana ciał proteinowych (Abderhalden, Dakin). III. Patologia ogólna i anatomia patologiczna: 1) Wspólny temat z sekcyą I. 2) Patologia tłuszczów i lipoidów (Bang, Fränkel). 3) Przeszczepianie tkanek prawidłowych (Borst). 4) Patologia wstrząsu (Crile, Henderson). 5) Działanie ciał promieniotwórczych na tkanki zdrowe i schorzałe (Hertwig, Lazarus-Barlow). III a. Chemia patologiczna: 1) Stany chorobowe, wywołane przez błędy w dyecie. 2) Rak. IV. Bakteryologia i nauka o odporności: 1) Rak. 2) Teorye odporności i nadwrażliwości. V. Terapia: 1) Względna wartość leków sercowych. 2) Leki kojące ból i nasenne. VI. Medycyna wewnętrzna: 1) Patologia osłabienia serca (Vaquez, Wenckebach). 2) Temat wspólny z sekcyą II: Wydzielanie wewnętrzne. 3) Kliniczny obraz hemolizy (Banti, Widal). 4) Cukrzyca (Dock, Noorden). 5) Rozróżnianie przewlekłych zapaleń stawów (Barker, Müller). VII. Chirurgia: 1) Leczenie operacyjne złośliwych spraw kiszki grubej, z wyjątkiem odbytnicy (Bastianelli, Körte). 2) Leczenie początków gruźlicy nerek i pęcherza (Legueu, Rochet, Windbolz). 3) Chirurgia tętnic (Matas, Oppel). 4) Leczenie guzów mózgu (Bruns, Cushing, Eiselsberg, Tooth). 5) Chirurgia śródtułowiowa (Sauerbruch, Tuffier), (prócz tego odrębne tematy mają podsekcye: ortopedyczna i anestetyczna). VIII. Położnictwo i ginekologia: 1) Leczenie krwotoków łożyskowych w ostatnich miesiącach ciąży (Döderlein, Essen-Möller). 2) Śmiertelność dzieci w pierwszych 4 tygodniach życia (Chalmers, Koplik, Pinard). 3) Promienie Röntgena i rad w ginekologii. 4) Rak macicy. Sekcye IX i X poświęcone są okulistyce i pedyatryi, sekcya XI. neurologii (referentem I. tematu obrad: O objawach guzów móżdżku, jest J. Babiński), XII. psychiatryi, XIII. chorobom skórnym, XIV. urologii, reszta sekcyi obejmuje: laryngologię, otyatryę, dentystykę, higienę, medycynę sądową, chirurgię polową, choroby podzwrotnikowe, radyologię i historyę medycyny. We wszelkich sprawach Zjazdu zwracać się należy pod adresem: The Hon. General Secretary XVII th International Congress of Medicine, 13 Hinde Street, London, wkładki zaś uczestnictwa (25 kor., 20 marek) przesyłać należy pod adresem: The Treasurers XVII. Intern. Congress of Medicine.

— W Niemczech znajduje się obecnie 175 lekarek. Pani Dr Stelzner zebrała o 125 ciekawe szczegóły. Ze 125 jest zamężnych 47, z tego 34 porzuciło praktykę. Przeszło połowa lekarek wyszła za mąż za lekarzy. W Berlinie praktykuje 30 lekarek, w Monachium 7, we Frankfurcie n. M. 5, w Hamburgu 3, w Düsseldorfie, Wrocławiu, Karlsruhe, Heidelbergu po 2, w innych miastach po jednej. Kobiety specyalizują się głównie w chorobach kobiecych i dziecięcych. Lekarki te twierdzą, że mają wcale dobre dochody i to już zaraz w pierwszych latach praktyki. X.

— Ciekawe uwagi o ostatniej wojnie włoskiej w Afryce podaje Prof. Galli. Włosi w Afryce mieli pod względem sanitarnym bardzo trudne stanowisko, bo spotykali wszędzie nieład, brud, endemie i epidemie. Pokonali jednak i to, a nawet uzyskali zupełne zaufanie krajowców, którzy zgłaszali się potem tłumnie do lekarzy i szpitali. Pociski Turków i Arabów przeważnie były wielkokalibrowe i sprawiały wielkie zniszczenia i zakażenia. Ludność arabska okazała się ogromnie odporną na wszelkie zakażenia. Wskutek strasznych warunków higienicznych i brutalności przeciwników korpus sanitarny włoski poniósł ciężkie straty. Mimo to lekarze z podziwienia godnem poświęceniem nieraz aż do ostatniej chwili życia spełniali swe obowiązki. X.

Mianowani: Dr Henryk Frenkel, Warszawianin, profesorem zwycz. okulistyki w Tuluzie; Dr Lorain Smith z Manchester profesorem anatomii patol. w Edynburgu.

Zmarli: Dr Paweł Puszkin, inspektor urzędu lekarskiego m. Warszawy; Dr Henryk Gotard w 48 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Bory: Über die Diagnose und Übertragungsweise der Flecktyphus. Odb. »Amtsarzt« 1912. — Higier: W sprawie zapaleń mózgu o przebiegu podostrym. 2) Uczucie bolu w narządach wewnętrznych. Odb. »Gazeta lek.« 1912.— K. Krzyżanowski: Zur Verwaltungsreform. »Amtsarzt« 1912. — Goldflam: Przyczynek kliniczny do objawów źrenicznych. Neurologia polska 1912. — Cybulski: Prądy elektryczne w mięśniach czynnych, ich charakter i źródło. Rozpr. Akad. Umiej. 1912. — Gruss: Der Entwurf eines österr. Strafgesetzbuches, soweit er ärztliche Interessen berührt. Wien 1912. — Janowski: De la valeur pratique des moyens cliniques d'examen des exsudats et des transsudats. Revue de med. 1912. — Szymański: A new lock for the nasal wire snare. Odb. The Laryngoscope 1912.— Spira: Die tuberkulösen Erkrankungen des Gehör-Organ. Würzburger Abhandl. 1912. XII. 11. — Giedroyć: 1) Warunki higieniczne Warszawy w wieku XVIII. Warszawa 1912. 2) Domy wilczkowania. Odb. »Przegląd chor. skórn. i wen.« 1912. — Komocki: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Botulismus-Toxins auf die inneren Organe. Virchows Archiv. 1911. — Sprawozdanie z czynności szpitala starozakonnych im. Poznańskich w Łodzi za r. 1911. Łódź 1912. — Gaik: O chorobie Basedowa. »Tyg. lek.« 1912. — Gębarski: Przypadek przewlekłego zapalenia przerostowego wielosurowicówkowego. »Gaz. lek.« 1912.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu **6. listopada** 1912 (o godz. 6 wieczór) odbędzie się **w klinice chorób nerwowych i umysłowych (ul. Kopernika 46).** Na porządku dziennym: 1) Prof. Dr Piltz: Rozpoznanie różniczkowe między stanami depresyi (psychosis maniacalis depressiva), a stanami neurastenicznymi lub histerycznymi. 2) Demonstracye chorych.

Rok LI. Kraków, dnia 9. listopada 1912. Nr 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ś. P. HENRYK KADYI.



W dniu 25. października 1912 r. zmarł we Lwowie, wskutek tragicznego zaiste zrządzenia, po kilkodniowych ciężkich cierpieniach Henryk Kadyi.

Śmierć zaskoczyła go, gdy w pełni sił twórczych, z niegasnącym zapałem, z niezmordowaną wytrwałością, zajęty był nowemi, w szerokim zakresie podjętemi badaniami naukowemi.

Ustąpiła znów z widowni polskiego świata naukowego postać wybitna. Śmierć jego okryła głęboką żałobą Wszechnicę lwowską, dla której tak znakomite położył zasługi; wywołała głęboki żal we Wszechnicy krakowskiej, która go wykształciła, która patrzała, jak zaczynał ze świetnymi wynikami swój zawód dydaktyczny i naukowy, która śledziła z radością i dumą jego dalszą świetną działalność; śmierć jego odbiła się bolesnem echem wszędzie, gdzie istnieje poczucie i zrozumienie dla prawdziwych zasług męża nauki.

Henryk Kadyi, ur. w Przemyślu 23. maja 1851 r., zapisał się w roku 1869, ukończywszy nauki gimnazyalne we Lwowie, na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, następnie uczęszczał na Wydział lekarski Uniwersytetu wiedeńskiego, gdzie w roku 1875 otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. Już podczas studyów zwrócił uwagę swem uzdolnieniem, gdyż profesor Langer wybrał go na demonstratora przy zakładzie anatomicznym wiedeńskim (r. szk. $187^3/_4$ i $187^4/_5$); tutaj też wykonał jeszcze jako student pierwszą swą pracę naukową o żyłach ramienia; prócz tego pracował jako elew przy klinice chirurgicznej prof. Billrotha. W styczniu 1875 r. zaraz po otrzymaniu dyplomu doktorskiego został zamianowany asystentem przy zakładzie anatomicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierunkiem Prof. Teichmanna.

Od niego posiadł znakomitą technikę badania, mianowicie technikę nastrzykiwania naczyń krwionośnych i limfatycznych, do której w przyszłości miał wprowadzić niejedno wybitne udoskonalenie i zapomocą której miał osiągnąć świetne szerokie wyniki naukowe. Ale, jak szereg prac zaraz w najbliższych latach ogłoszonych wykazuje, nie ograniczał się do badań na podstawie metod injekcyjnych, lecz w równej mierze panował nad metodami badań histologicznych i embryologicznych, obejmował szerokie zagadnienia porównawczej morfologii. Toteż zaraz w pierwszych pracach uderza różnorodność i wszechstronność jego badań.

W roku 1878 habilituje się jako docent anatomii opisowej i anatomii porównawczej na Wydziale lekarskim krakowskim na podstawie pracy: »O oku kreta pospolitego pod względem porównawczo-anatomicznym«, drukowanej w Pamiętniku Wydziału matematyczno - przyrodniczego Akademii umiejętności. W roku 1879 odbywa podróż naukową po Austryi i Niemczech dla zwiedzenia rozmaitych zakładów anatomicznych i zoologicznych. Po trzech latach obfitej w plon naukowy docentury zostaje powołany na profesora zwyczajnego anatomii i anatomii patologicznej w świeżo otwartej Szkole weterynaryi we Lwowie; pozostaje na tem stanowisku przez lat 13, ale wykłada przytem także i anatomię ludzką na Wydziale filozoficznym Uniwersytetu lwowskiego.

Z chwilą otwarcia Wydziału lekarskiego na Uniwersytecie lwowskim obejmuje w nim w roku 1894 zwyczajną katedrę anatomii opisowej. Na obydwu tych stanowiskach, nie przestając w równej mierze oddawać się nadal badawczej, twórczej pracy naukowej, okazuje się znakomitym organizatorem; nietylko bowiem stwarza i tu i tam zakłady i zbiory dla swej katedry, ale co więcej, obejmuje ster w kładzeniu podwalin najpierw dla studyów weterynaryi następnie dla organizacyi Wydziału lekarskiego w uniwersytecie.

Kto śledził rozwój tych instytucyi, lub kto miał sposobność zapoznać się z osiągniętymi wynikami, ten zdumiewać się musiał ogromem pracy, jakiej ten człowiek umiał podołać.

Najpierw w Szkole weterynaryi: urządza zakład anatomii i anatomii patologicznej, muzeum jego wzbogaca wspaniałymi, własnoręcznie wykonanymi preparatami. Wnika przytem całą duszą w potrzeby instytucyi, do której należy. Piórem i słowem, w ankietach, walczy za zmianą, za ulepszeniem studyum weterynaryi, to też, gdy dochodzi do skutku reforma i przekształcenie szkoły weterynaryi na Akademię, spłaca mu słusznie lwowska Akademia dług wdzięczności, mianując go swym pierwszym doktorem honorowym.

Obejmując w roku 1894 katedrę na Wydziale lekarskim, powraca Kadyi do swego właściwego i tak należnego mu pola działania. Sam tworzy plany pięknego zakładu anatomicznego, dba w najdrobniejszych szczegółach o dokładne wykończenie wzorowych urządzeń. W pięknym wykładzie wstępnym szkicuje plan swej działalności, organizuje świetnie wykłady i ćwiczenia praktyczne. Do wykładów swych przynosi wielki zasób osobistego doświadczenia na polu i anatomii ludzkiej i anatomii porównawczej, dając im szeroką podstawę naukową i piętno swych osobistych zapatrywań. Dla ćwiczeń sekcyjnych pierwszy wprowadza metodę nastrzykiwania zwłok formaliną, usuwając przez to definitywnie w łatwy sposób najprzykrzejszą stronę ćwiczeń anatomicznych, t. j. rozkład zwłok, a z dobrodziejstwa tej metody korzysta dzisiaj cały szereg zakładów anatomicznych. Jako podstawę do wykładów stwarza muzeum anatomiczne, które, acz młode, wybija się obfitością i pięknością preparatów odrazu na pierwszy plan, a oglądając te mnogie okazy, nie chce się prawie wierzyć, że to jest prawie wyłącznie własnoręczne dzieło jednego człowieka.

A są tam prawdziwe arcydzieła technicznej sztuki preparatorskiej, które tylko niezmordowana, niestrudzona praca mogła stworzyć. Ilekroć preparaty jego były wystawione na zjazdach anatomicznych, na wystawach wszechświatowych przyrodniczo-lekarskich, budziły zawsze ogólny podziw; przychodziły każdemu na myśl słowa Hyrtla: »Für den Anatomen gehört die Geduld eines Engels, die Hand eines Künstlers«.

A przytem Kadyi zajęty był nietylko stworzeniem swego własnego zakładu; przygotowawcze prace do organizacyi Wydziału lekarskiego, wypracowanie planów dla nowo budujących się zakładów, wybór i ocenienie sił, które należy powołać, niezliczone komisye, referaty — wszystko to w pierwszych latach w jego spoczywało rękach. Nie szczędził w tym kierunku nigdy czasu, trudu i pracy, rządził się przytem tylko dobrem Uniwersytetu, żadne uboczne względy nie wchodziły nigdy u niego w ra-

chubę, to też zabiegom jego około zorganizowania świetnie dzisiaj rozwijającego się Wydziału lekarskiego lwowskiego towarzyszyło uznanie ogólne. W roku szkolnym 189$^{8}/_{9}$ był rektorem Uniwersytetu lwowskiego, pierwszym rektorem z Wydziału lekarskiego.

Ale jeszcze po za życiem uniwersyteckiem, po za badaniami naukowemi, znajdował i czas i siły, aby uczestniczyć w zbiorowej pracy naukowej, kulturalnej, społecznej. Brał żywy udział w Towarzystwie lekarskiem i Towarzystwie weterynarskiem, czy to przez odczyty i demonstracye, czy też przez uczestnictwo w dyskusyi, toż samo w Towarzystwie przyrodników im. Kopernika, gdzie od szeregu lat należał do komitetu redakcyjnego »Kosmosu«, a dwukrotnie, podobnie jak w Towarzystwie lekarskiem i Towarzystwie weterynarskiem, był prezesem. Należał do współzałożycieli »Tygodnika lekarskiego«; za jego inicyatywą powstało »Polskie archiwum nauk biologicznych i lekarskich«; marzeniem jego bowiem było skupienie w tym organie prac polskich badaczy, rozrzuconych po różnych czasopismach zagranicznych. Drukując je w języku polskim i równocześnie francuskim albo niemieckim, chciał je uczynić dostępnemi obcym badaczom, ale z zachowaniem wyraźnego i niezatartego piętna prac polskich, chciał je »odebrać wydawnictwom obcym, które pracami naszemi zasilamy moralnie i materyalnie ze szkodą naszego dorobku naukowego«. Prowadził to wydawnictwo z niezmiernym zapałem, zaparciem się siebie, poświęcając czas swój bezinteresownie nawet na tłómaczenie prac polskich na języki obce. Szereg instytucyi, mających cele naukowe, zdrowotne, oświatowe, czy kulturalne, lub społeczno-ekonomiczne, miał w nim gorliwego współpracownika; w życiu społecznem, obywatelskiem, w sprawach publicznych brał gorliwy czynny udział, a zasad swych bronił z zapałem, głębokiem wewnętrznem przekonaniem.

Ten zapał i czystość zamiarów na każdem polu jego działalności każdy u niego widzieć i uznać musiał, każdy musiał w nim ocenić człowieka niezłomnych zasad i nieskazitelnego czystego charakteru, to też otaczało go uznanie ogólne; a że sercem wrażliwem odczuwał czy to ból, czy niedolę, czy potrzeby tych, którzy go otaczali, i że, gdzie mógł być pomocny, tam się na usługi oddawał, lgnęły ku niemu serca kolegów, lgnęły serca młodzieży, a uczniowie jego mieli dlań obok głębokiej czci miłość szczerą i przywiązanie głębokie.

Dowodnym wyrazem tego hołdu dla jego zasług, czci dla jego nieskazitelnej pamięci, żalu głębokiego po jego stracie, był obrzęd pogrzebowy, którego świadkami byliśmy we Lwowie.

Plon naukowy, jaki Henryk Kadyi pozostawił po sobie i który przekaże jego imię dalekiej potomności, jest bardzo obfity.

Już w pierwszych swych pracach okazał się badaczem o rozległym horyzoncie, władającym różnorodnemi i najsubtelniejszemi metodami badań, obejmującym szeroki zakres zagadnień naukowych, a zakres ten w dalszym ciągu lat się rozszerzał. Prace jego wszystkie cechuje niezmierna dokładność: aby dojść do wyników naukowych, zaczynał od utrwalania podwalin, a więc od ulepszenia metod badania, podzielając zapatrywanie swego mistrza Teichmanna, który na jego kierunek naukowy rozstrzygający wpływ wywarł: że tylko zapomocą ulepszonej techniki postęp w anatomii jest możliwy. Postępował przytem zawsze ściśle naukowo, z pełną świadomością celu, do którego dążył, z krytycznym wyborem dróg, które ku niemu wiodły. Ale badania te przedstawiały nieraz trudności niezmierne; to też ulepszeniu techniki badania poświęcał mnóstwo czasu i trudu: czy to dla ulepszenia masy injekcyjnej, gdy chodziło o subtelne injekcye, czy to dla ulepszenia zabarwień mas injekcyjnych, dla których latami szukał najlepszego barwika prowadząc studya chemiczne, czy to dla wynalezienia nowej metody barwienia układu nerwowego, czy to dla ulepszenia płyt fotograficznych, gdy chodziło o uzyskanie jaknajwierniejszych obrazów fotograficznych z preparatów anatomicznych.

I tragiczny istotnie los zrządził, że gdy w ostatnich latach właśnie uporał się z technicznemi trudnościami i chciał wyzyskać ulepszoną technikę w różnych dziedzinach do badań naukowych, w szerokim zakresie podjętych, a zapowiadających doniosłe i obfite wyniki, śmierć wytrąciła mu z jego mistrzowskiej ręki instrumentaryum naukowe, wytrąciła mu pióro, którem tak znakomicie władał.

Na tak gruntownych podstawach oparte prace Kadyego odznaczają się też w swych wynikach niezmierną dokładnością i ścisłością spostrzeżeń; należy on do tych nielicznych badaczy, którzy nie potrzebowaliby nic ze swych prac odwoływać, nic w nich zmieniać. Nauka przy swym ciągłym postępie może, a nawet musi do jego wyników dalsze spostrzeżenia dodawać, będzie je nowymi szczegółami uzupełniać, ale ktokolwiek będzie pracował w dziedzinach przez Kadyego opracowanych, nie potrzebuje w jego pracach nic prostować, tylko może się opierać na jego spostrzeżeniach, jako na pewnych zupełnie, trwałych, niewzruszonych podstawach. Praca jego, w roku 1886 ogłoszona: »O unaczynieniu rdzenia« ma znaczenie pomnikowe, i choćby nic więcej nie był pozostawił, zapewniałaby mu ona jedna już trwałe imię w wszechświatowej nauce po wszystkie czasy, tak jak mu zyskała za życia już w młodych latach wszechstronne uznanie. Po wydrukowaniu tej pracy w roku 1888 został wybrany członkiem krakowskiej Akademii umiejętności.

Zapał do pracy badawczej i twórczej przelewał na swe otoczenie, na swych uczniów: tych, którzy się do jego pracowni garnęli, wtajemniczał w metody badania, kierował pierwszymi krokami, dawał tematy do pracy, których ciągle mnóstwo mu się nasuwało, dawał wskazówki, cieszył się ujawniającą się samodzielnością badawczą, przejmował się uzyskanymi wynikami, poprawiał preparaty, czy uzyskane na ich podstawie modele, wygładzał pracę. To też z pracowni jego wyszedł szereg prac, noszących na sobie piętno tej samej, co jego, dokładności.

W umysłach i sercach kolegów, przyjaciół, współobywateli, w sercach uczniów, pozostanie dlań głęboka cześć, jako hołd dla jego niezmordowanej pracy, dla jego nieskazitelnego charakteru. Przez stworzenie zakładu anatomicznego w Akademii weterynaryi, przez zorganizowanie Wydziału lekarskiego lwowskiego, przez stworzenie zakładu anatomicznego i jego wspaniałych zbiorów, postawił sobie trwały pomnik w miejscu swojej tyloletniej działalności, w nauce wszechświatowej pozostawił po sobie niezatarte ślady i przysporzył wobec niej chwały polskiej pracy twórczej.

Zegnamy go z żalem, ale zarazem i głęboką wdzięcznością, że był nam przez tyle lat wzorem, jak należy pojmować stanowisko profesorskie, że tyle zdziałał, że tyle po sobie trwałej spuścizny pozostawił.

Cześć jego nieodżałowanej pamięci!

Kazimierz Kostanecki.

Prace Henryka Kadyego.

Einiges über die Vena basilica und die Venen des Oberarmes. (Zeitschr. f. Anatomie und Entwickelungsgeschichte 1876).

O oku kreta pospolitego pod względem porównawczo-anatomicznym. (Pamiętnik Wydz. III. Akad. Umiej., w Krakowie, t. IV. 1878, str. 29 in 4⁰ i 2 tablice).

O gruczołach tarczykowych dodatkowych w okolicy gnykowej. (Rozpr. Wydz. III. Akad. Umiej. w Krakowie, t. VI. 1879. z 1 tablicą).

Über accessorische Schilddrüsenläppchen in der Zungenbeingegend (glandula suprahyoides et praehyoides). (Archiv. f. Anatomie u. Physiol. 1879).

Kilka słów o tworzeniu się t. zw. kokonów czyli torebek, zawierających jaja karakona (periplaneta orientalis). (Kosmos, rocznik IV. Lwów 1879).

Seife als Einbettungsmasse beim Anfertigen mikroskopischer Schnitte (Zoologischer Anzeiger 1879, Nr 37).

Beitrag zur Kenntniss der Vorgänge beim Eierlegen der Blatta orientalis. (Zoolog. Anzeiger 1879, Nr 44).

Kilka przypadków zboczeń układu naczyniowego (z 1 tablicą). (Rozpr. Wydz. III. Akad. Umiej. w Krakowie, t. VIII. 1881).

Wykład wstępny przy objęciu katedry anatomii w lwowskiej Szkole weterynaryi. (Przegląd lek. 1881. Nr 51).

O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego. (Przegląd lek. 1886, Nr 45—47).

Ependymitis granulosa. Towarzystwo lek. galic. (Przegląd lek. 1886, str. 331).

W sprawie przeszczepialności nowotworów. Tamże. (Przegląd lek. 1887, str. 49).

O naczyniach krwionośnych rdzenia pacierzowego ludzkiego (129 str. in 4⁰ z 10 tablicami chromolitogr.). — (Pamiętnik Wydz. III. Akad. Umiej. w Krakowie, t. XV. 1888).

O niektórych nieprawidłowościach korzeni nerwów krzyżowych u człowieka. (Dziennik V. Zjazdu lek. i przyr. polskicb 1888, Nr 5).

Orzeczenie grona profesorów Szkoły weterynaryjnej w sprawie rozpoznania zarazy racicowej. (Przegl. weteryn. 1889, t. IV).

Über die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarkes (152 str. in 4⁰ mit 10 chromolithogr. Tafeln. Nach einer im XV. Bande der Denkschriften der math. naturw. Classe der Akademie d. Wiss. in Krakau erschienenen Monographie aus dem polnischen übersetzt von Verfasser). Lemberg 1889. Verlag von Gubrynowicz et Schmidt.

O potrzebie zasadniczej reformy studyów weterynaryi. Lwów, 1890, nakładem galic. Towarzystwa weterynarskiego.

Morfologiczne zasady rozróżniania części składowych organizmu. (Kosmos, tom XVI. 1891).

Über die Notwendigkeit einer durchgreifenden Reform des tierärztlichen Studiums, Wien, 1891. Verlag von M. Perles. (Odbitka z Monatschr. f. Tierheilkunde).

O organizacyi komórki. Krytyczny pogląd na nowsze badania o składnikach komórek i ostatecznych morfologicznych składnikach ustrojów (Kosmos, 1892, tom XVII).

Przyczynki do anatomii porównawczej zwierząt domowych. 1. Jaki jest szczątek zanikłego musculus pronator teres u konia. 2. O powierzchniach stawowych stawu łokciowego. (Rozpr. Wydz. matem.-przyrodn. Akad. Umiej. w Krakowie. tom XXVI. 1892).

Über die Gelenkflächen des Ellenbogengelenkes (mit 1 chromolith. Tafel in gröss. 4⁰, Festschrift zum siebzigsten Geburtstage Rudolph Leuckarts, Leipzig 1892).

Pierwszy wykład w nowym zakładzie anatomii opisowej Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego w d. 13. października 1894. (Przegląd lek. 1894, Nr 43).

Rozwój i działalność c. k. Szkoły weterynaryi we Lwowie od jej założenia w roku 1881 aż do końca roku szkolnego 1893/4 — z 1 tablicą. Lwów 1895.

O zastosowaniu parafiny do sporządzania trwałych preparatów anatomicznych. (Pamiętnik VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Lwów 1895, str. 80—81).

O strigonum tarsi u konia. (Tamże str. 92—94).

Prof. Dr Ludwik Teichmann. (Przegląd lek. 1895, str. 673. Kosmos, 1896, str. 562).

O grzebieniu biodrowym u zwierząt domowych. (Pamiętnik VII. Zjazdu lek. i przyr. polskich. Lwów 1895. Str. 94).

Zastosowanie aldehydu mrówkowego w Zakładzie anatomii opisowej Uniw. lwowskiego. (Dziennik IX. Zjazdu lek. i przyr. polskich. 1900. Nr 5, str. 110. Archiwum nauk biol. i lek. t. I).

Das Formaldehyd im anatomischen Institut der Lemberger Universität. (Poln. Arch. Bd. I.).

O zastosowaniu aldehydu mrówkowego w Zakładzie anatomii opisowej Uniwersytetu lwowskiego. (Rzecz wyłożona na posiedzeniu polsk. Towarzystwa przyrodników im. Kopernika).

Rys dziejów Wydziału lekarskiego we Lwowie. (Nowiny lek. XVIII).

Kościec ze zmianą utworową. (Przegląd lek. 1902. Nr 3, str. 42).

Brak tętnicy nerkowej prawej. Demonstracya w Towarzystwie lek. lwowskiem. (Przegląd lek. 1905. Nr 71).

Sprawozdanie z obrad sekcyi anatomo-zoologicznej X. Zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie. (Nowiny lekarskie. 1907, str. 472).

Metoda barwienia szarej istoty mózgu i rdzenia karminem. (Sprawozdanie IX. Zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie).

Ulepszenie masy gutaperkowej Teichmanna. Tamże (wspólnie z Dr Markowskim).

Über die Färbung der nervösen Centralorgane nach Beizung mit Salzen schwerer Metalle. (Poln. Archiv. für biol. und med. Wissensch. Bd. I).

Zastosowanie gutaperki do nastrzykiwań naczyń krwionośnych i chłonnych. Posiedzenie Tow. lek. lwowskiego 1. grudnia 1911. (Lwowski Tygodnik lek.).

O barwieniu ośrodków nerwowych przy pomocy zaprawy (bejcowania) solami metali ciężkich. (Księga pamiątkowa Uniw. lwowskiego. 1911).

Prace, które wyszły z pracowni Henryka Kadyego.

Dr Alfred Burzyński: O konserwacyi narządów w naturalnych barwach. (Pol. Arch. n. biolog. i lek. t. I, zesz. 1. Lwów 1901, str. 31—47). Tosamo w języku niemieckim, tamże.

Dr Włodzimierz Kulczycki: Przypadek Ectopia cordis u cielęcia (Polsk. Arch. n. biol. i lek. t. I. zesz. 2. Lwów 1902, str. 237—247 z 2 tabl.). Tosamo po niemiecku, tamże.

Dr Józef Markowski: O odmianach w skostnieniu mostka u człowieka i ich znaczeniu morfologicznem. (Polskie Archiwum nauk biol. i lekarskich. 1902, t. I). To samo w języku niemieckim, tamże.

Tenże: O asymetrycznej budowie mostka. (Polskie Archiwum nauk biolog. i lekar. 1905, t. II). To samo w języku niemieckim, tamże.

Tenże: Czyż proces skostnienia mostka miałby nie mieć morfologicznego znaczenia? (Kosmos. 1905). To samo w języku niemieckim. (Anatom. Anzeiger XXVI, 1905).

Tenże: O rozwoju zatok żylnych opony twardej u człowieka. (Sprawozdanie z posiedzeń naukowych X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Lwów 1907/8).

Tenże wspólnie z prof. Dr Kadyim: Ulepszenie masy gutaperkowej Teichmanna celem nastrzykiwania najdrobniejszych naczyń. Tamże.

Tenże: Über den orbitalen Venensinus des Kaninchens. (Anat. Anzeig. Bd. XXXVIII. 1911).

Tenże: O zatoce żylnej oczodołu królika. (Księga pamiątkowa Uniw. lwowskiego. 1911).

Tenże: Über die Entwickelung der Sinus durae matris und der Hirnvenen bei menschlichen Embryonen von 15·5—49 mm Scheitel Steisslänge. (Bull. de l'Acad. des sciences de Cracovie 1911).

Maryan Pańczyszyn: Rekonstrukcya plastyczna piramid nerki ludzkiej. (Tymczasowy komunikat w Sprawozdaniu z posiedzeń X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. 1907/8, str. 48—59).

Badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń

podała

Dr Ludwika Karpińska.

(Odczyt w Towarzystwie psychologicznem w Warszawie, oraz w gronie lekarzy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie).

(Ciąg dalszy).

W obydwóch tych przykładach wyraźnie występują kompleksy ze swoją konstelacyą. W obu przypadkach tłómaczenie jest oparte na wyjaśnieniach, udzielonych przez osobę badaną. Lecz przyjrzyjmy się reakcyom samym. Jest to uderzającem, że w pierwszym przypadku na wyraz »smutny« reaguje się »bardzo«; na »rozstać się« i »sprzeczać się« — »z nim«; na »rodzina« — »liczna«; na »jeździć« — »długo«, a w drugim przypadku na »małżeństwo« — »zawód«; na »gotować« — »paskudztwo«; na »rozstać się«— »charakter«.

Skojarzenia te są dziwne; zamiast nich można pomyśleć reakcye bardziej przedmiotowe i niewinniejsze, bliżej związane z przedmiotową treścią sygnału, jak np.:

smutny	wesoły, zadowolenie etc.
sprzeczać się	godzić się, sprzeczka etc.
jeździć	droga, podróż etc.
rozstać się	smutek, na zawsze, spotkanie etc.

Można przeto już z niezwykłej treści reakcyi wnosić o konstelacyi przez kompleks. Dziwnem np. jest, gdy pewna pani na wyrazy: »małżeństwo, rozstać się, żałować«, reaguje za każdym razem wyrazem »nie«. Okazuje się, że ta pani wyraża przez to, że wprawdzie »nie« może połączyć się małżeństwem z kochanym, lecz rozstać się »nie« chce i »nie« żałuje połączenia z nim swego losu.

Przykładów tych możnaby przytoczyć znacznie więcej, lecz jest to zbyteczne, gdyż jest to dla każdego zrozumiałe, że z niezwykłej treści reakcyi można wnosić o istnieniu konstelującego kompleksu. Wniosek ten można wyprowadzić i wtedy, gdy osoba badana nie udzieli nam żadnych wyjaśnień.

Lecz przez to nie wyczerpaliśmy wszystkich możliwości, by nawet bez późniejszych wyjaśnień ze strony osoby badanej przypuścić lub stwierdzić wpływ kompleksu.

Prócz treści reakcyi mamy bardzo czuły wskaźnik konstelacyi przez kompleks, jest nim c z a s r e a k c y i. Przy doświadczeniach nad kojarzeniem mierzymy zapomocą zegarka, oznaczającego piąte części sekundy, c z a s, który upływa od wypowiedzenia sygnału do reakcyi. Czas ten nazywa się czasem reakcyi. Czas ten waha się w szerokich granicach w sposób pozornie całkiem bezładny.

Przy klasyfikacyi kojarzeń, przy ocenie pozornie przypadkowych wahań w czasie reakcyi, może z początku ogarnąć zwątpienie, gdyż trudno wyobrazić sobie z góry, ażeby wahania te miały specyalne znaczenie. Przy bliższem zbadaniu okazuje się jednak, że w wahaniach przejawia się prawidłowość, że mężczyzni średnio kojarzą szybciej, niż kobiety, inteligentni szybciej od niewykształconych. Dalej, wahania w czasie zależą od tego, czy kojarzenia są symetryczne, czy asymetryczne, t. j. czy reaguje się tą samą częścią mowy, czy nie. Okazuje się też, że skojarzenia wewnętrzne, a zwłaszcza reakcye na pojęcia oderwane wymagają czasu dłuższego, niż skojarzenia zewnętrzne. Szybkość reakcyi zależy też od tego, czy wyrazy należą do częściej lub rzadziej używanych w mowie i t. d. Lecz wszystkie te różnice są minimalne i wynoszą zaledwie ułamki sekundy, są one bardzo nieznaczne wobec nierównie dłuższych czasów, na które natrafia się często przy najprostszych kojarzeniach. Różnice w czasie mogą wynosić nieraz do 20 i 30 sekund, chociaż początkowo nie ma się najmniejszego pojęcia, skąd one pochodzić mogą. Jeżeli przyjrzeć się bliżej, to okazuje się, że bardzo długie czasy reakcyi przypadają prawie zawsze w miejscach określonych. Jakie są te miejsca określone, wykaże następny przykład:

Sygnał	Reakcya	Czas reakcyi
głowa	włos	1·4 sek.
zielony	łąka	1·6 »
w o d a	g ł ę b o k a	5·0 »
kłuć	nóż	1·6 »
długi	stół	1·2 »
s t a t e k	z a t o n i ę c i e	3·4 »
pytać	odpowiadać	1·6 »
wełna	tkać	1·6 »
uparty	przyjazny	1·4 »
j e z i o r o	w o d a	4·0 »
chory	zdrowy	1·8 »
atrament	czarny	1·2 »
p ł y w a ć	u m i e ć	3·8 »

W przykładzie tym większość liczb waha się między 1·2 a 1·8 sekundy. Obok nich widzimy cztery bardzo długie czasy, leżące między 3·4 a 5·0 sekundami. Jeżeli zapytamy osoby badanej, jaka jest przyczyna zacięcia się, wahania się z odpowiedzią w tych przypadkach, to dowiemy się, że raz w chwili rozpaczy myślała o samobójstwie przez utopienie się. Sygnały: »woda, statek, jezioro, pływać« poruszyły ten kompleks. W krótkiej przerwie między sygnałem a reakcyą miała osoba badana lekkie wrażenie czegoś nieprzyjemnego (kompleks) i stąd wahanie, zahamowanie. Toż samo zjawisko możemy codziennie zauważyć w rozmowie na sobie lub innych. Jeżeli pytać się kogoś o coś nieprzyjemnego, osoba pytana zacina się wtedy i waha z odpowiedzią. Wahanie to jest zupełnie mimowolne i odruchowe. W dziwny, zasługujący na uwagę sposób takie samo wahanie i opóźnienie występuje i wtedy także, gdy osoba badana w chwili reakcyi nie ma najmniejszego pojęcia o tem, że sygnał pozostaje w jakimkolwiek związku z kompleksem. Można to stwierdzić w setkach przypadków. Widzimy stąd, że sygnał może dotknąć kompleksów, które w danej chwili nie są wcale świadome, które mogą być zupełnie odcięte od świadomości przez amnezyę. Mierzenie czasu jest przeto dalszym środkiem, pozwalającym nam przypuszczać istnienie konstelacyi kompleksowych nawet bez pomocy osoby badanej. Za czasy zbyt długie uważamy te, które leżą powyżej średniej prawdopodobnej czasu danego osobnika.

Posiadamy jeszcze trzecią metodę dla wykazania kompleksów, tak zwaną metodę o d t w a r z a n i a, reprodukcyi.

U osoby, której kompleksy chcemy zbadać, zbieramy zwykle szereg, złożony ze 100 reakcyi. Po skończonem doświadczeniu prosimy osobę badaną, by raz jeszcze podała, w jaki sposób reagowała na każdy sygnał. Przytem pamięć zawodzi nieraz. Badamy wtedy, czy reakcye, przy których

pamięć zawiodła lub gdzie odtwarzanie było błędne, są jakiekolwiek, czy też określone.

Dla prostoty weźmiemy przykład poprzedni.

Sygnał	Reakcya	Odtwarzanie
głowa	włos	+
zielony	woda	+
woda	głęboka	pływać
kłuć	nóż	+
długi	stół	+
statek	zatonięcie	parostatek
pytać	odpowiadać	+
wełna	tkać	+
uparty	przyjazny	+
jezioro	woda	niebieskie
chory	zdrowy	+
atrament	czarny	+
pływać	umieć	woda

Odtwarzanie jest błędne przy wyrazach: woda, okręt jezioro, pływać, a więc przy tych samych sygnałach, przy których stwierdziliśmy przedłużony czas reakcyi. Stąd wynika, że pamięć zawodzi przy miejscach kompleksowych.

Przy odtwarzaniu reakcyi możemy również mierzyć czas między powtórzonym sygnałem, a chwilą przypomnienia sobie reakcyi. Okazuje się i tutaj, że dla przypomnienia reakcyi kompleksowych potrzeba czasu dłuższego, niż dla obojętnych.

Streszczając to, co mówiłam powyżej, można powiedzieć, że konstelacyę kompleksową można stwierdzić przedmiotowo na podstawie niezwykłej lub wogóle dziwnej treści reakcyi, przedłużenia czasu reakcyi lub błędnego odtwarzania.

Wszystkie te trzy cechy łączą się w następującym przykładzie: Pewien młody człowiek (średnia prawdopodobna jego czasu reakcyi wynosi 2 sekundy) kojarzy w ten sposób:

Sygnał	Reakcya	Czas reakcyi	Odtwarzanie
woda	aneroid	5·6 sek.	głęboka

Mamy tu reakcyę niezwykłą w swej treści, bardzo długi czas reakcyi i błędną reprodukcyę. Tak samo, jak wspomniana chora Junga, myślał ten młody człowiek w chwili depresyi o utopieniu się.

Przytoczę jeszcze kilka kojarzeń, gdzie w miejscach kompleksowych nastąpiło przedłużenie czasu reakcyi i błędne odtwarzanie. Reakcye prawidłowe opuszczam. Średnia prawdopodobna czasu reakcyi wynosiła 3 sekundy.

Sygnał	Reakcya	Czas reakcyi	Odtwarzanie
szczęście	nieszczęściem	4·0 sek.	niekorzystne
kłamać	wstyd	4·2 »	brzydko
przyzwoitość	forma	3·2 »	naleciałość
dziki	najsroższy	4·6 »	straszny
fałszywy	straszny	6·6 »	brzydki, obrzydliwy człowiek
drogi	niecenny	5·0 »	najtańszy
sprzeczać się	ordynarnie	3·8 »	grubiaństwo
niesprawiedliwy	najsroższy	5·2 »	okropny
zły	niedobry	4·0 »	naleciałość
duży	wielki	8·6 »	piękny

Wszystkie te sygnały poruszyły bolesne kompleksy, a właściwie jeden kompleks osoby badanej. Jest nią młoda kobieta, którą miotają sprzeczne uczucia względem męża: kocha i nienawidzi go zarazem; zwłaszcza ujemne uczucia wybuchają w tem doświadczeniu z żywiołową siłą. Oczekiwane »szczęście« zmieniło się w »nieszczęście«, małżeństwo okazało się dla niej »niekorzystne«, »strasznym, okropnym, najsroższym i obrzydliwym człowiekiem« nazywa swego męża, ponieważ jest według niej »fałszywy«, gdyż ją »okłamuje«, co ona gorąco potępia (»brzydko, wstyd«) i jest »niesprawiedliwy«, gdyż jej zarzuca, że jest »złą i niedobrą« i daje powody do »ordynarnych scen i sprzeczek«, zwłaszcza przez swą skłonność do flirtów z przestąpieniem przyjętych »form przyzwoitości«; chcąc zmniejszyć doniosłość skierowanych do niej wymagań, charakteryzuje je, jako »naleciałość«. W rzeczywistości zaś to jego »dzikość i grubiaństwo« wywołuje starcia między niemi. Wreszcie ujemne odnoszenie się do męża wyraża się w reakcyach: »niecenny i najtańszy« na sygnał: »drogi«, gdy tymczasem wbrew świadomej niechęci, dominującej na razie w jej uczuciach, upodobanie w osobie męża wyrywa się na jaw niespodzianie w reakcyach: »wielki i piękny« na sygnał »duży«. Mąż jej jest niezwykle wysokim mężczyzną, co bardzo odpowiada jej gustowi.

Jeżeli jednak zastosujemy te trzy omówione wyżej probierze do kojarzeń, to zauważymy wkrótce, że rzecz nie jest tak prosta. Spostrzeżemy mianowicie, że niektóre kojarzenia odpowiadają wprawdzie tym probierzom, a jednak nie możemy wykryć w nich jakiegoś sensu.

Sygnał	Reakcya	Czas r.	Odtwarzanie
kłuć	nóż	1·6 sek.	+
anioł	czysty	1·2 »	+
długi	pień	2·8 »	drzewo
statek	człowiek	1·2 »	+
orać	pług	1·4 »	+
wełna	owca	1·6 »	+
przyjazny	miły	1·6 »	+
stół	noga	4·0 »	krzesło
pytać	odpowiadać	1·6 »	+
państwo	kształt	6·2 »	Szwajcarya
biały	czarny	1·2 »	+
kochana	droga	1·0 »	+
szklanka	kochać	4·6 »	pić

Jeżeli zastosujemy probierze powyższe do tych kojarzeń, to krytycznymi wyrazami zdają się być: »długi, stół, państwo, szklanka«. Zestawienie to nic nam nie mówi i nie nasuwa żadnego przypuszczenia. Mogłoby się jednak zdarzyć, zwłaszcza przy pewnej inercyi wewnętrznej, że sygnał nie budzi odrazu kompleksu w całej sile, lecz że tenże staje się wyraźniejszy dopiero z chwilą zareagowania. W takim razie prześliznęlibyśmy się gładko po krytycznym dla nas sygnale, nie zdradzając się bezpośrednio, że był dla nas nieobojętny. Lecz mogłoby to nam nie ujść bezkarnie. W takim razie zaburzoną mogłaby stać się reakcya, następująca po reakcyi krytycznej. Jeżeli zastosujemy to do tego przykładu, w takim razie sygnałami, odpowiadającymi reakcyom krytycznym, byłyby: »anioł, przyjazny, pytać, kochana«.

Przy wyrazach poprzednich interpelacye osoby badanej, młodego człowieka, były daremne. Przy przedłożeniu mu wyrazów »anioł, przyjazny, pytać, kochana«, twarz jego rozjaśnia się i otrzymujemy takie wyjaśnienie: właśnie zaręczył się potajemnie, na jego »pytanie ukochana« udzieliła mu »przyjaznej« odpowiedzi. W tym przypadku reakcye pokrytyczne są konstelowane przez kompleks. Zjawisko to nazywa się perseweracyą. Że perseweracya (dalsze trwanie wzruszenia, związanego z poprzednio poruszonym kompleksem) może silnie oddziałać i na treść reakcyi pokrytycznej, widzimy to z przykładu powyższego:

Sygnał		Reakcya
kochana	→	droga
szklanka		kochać

Podoby wpływ na treść reakcyi pokrytycznej widzimy w następujących przykładach:

Sygnał		Reakcya
śmierć	→	jezioro
długi		życie
choroba	→	wola
gotować		zdrowie

Przykład, wybrany dla objaśnienia tej praktycznie ważnej odmiany konstelacyi kompleksowej, t. j. zaburzeń reakcyi pokrytycznych, był bardzo prosty. Przeważnie rzecz odbywa się w sposób o wiele zawilszy. U osób z silną uczuciowością konstelacya kompleksowa może podziałać na cały szereg następujących po sobie reakcyi.

Pewna histeryczka, która popełniła zamach samobójczy, reagowała w ten sposób:

	Sygnał	Reakcya	Czas r.	Odtworzenie
1.	woda	brak reakcyi	—	+
2.	kłuć	pszczoła	1·8	+
3.	anioł	dwór	21·0	sądzi, że nie reagowała wcale, jak przy 1.
4.	długi	nóż	9·0	t. samo
5.	statek	para	7·0	t. samo
6.	orać	pole	4·2	ogród

Przy siódmej reakcyi zaczęły się znowu prawidłowe czasy reakcyi i właściwe odtwarzanie. Z tego przykładu widzimy: na wyraz »woda« osoba badana nie umie wcale zareagować. Czas reakcyi przedłuża się niejako w nieskończoność. Naturalnie, że badana w końcu zareagowałaby, lecz reakcya ta byłaby wymuszona, nie posiadająca wartości. Dlatego przy doświadczeniach nie czeka się dłużej, niż 30 sekund.

Przeszkodą w reagowaniu było wspomnienie zamachu samobójczego, które się tu wynurzyło. Przy »anioł — dwór« mamy nadzwyczaj długą reakcyę, ponieważ »anioł« wywołał natychmiast wspomnienie zamachu, śmierci i życia pozagrobowego i to z taką siłą, iż zabarwienie uczuciowe kompleksu przetrwało jeszcze przez trzy reakcye następne. Stopniowe opadanie siły uczucia ujawnia się bardzo wyraźnie w czasie reakcyi. Reakcyi, leżących w obrębie zabarwienia uczuciowego, należącego do kompleksu, osoba badana nie może sobie przypomnieć. Zjawisko to jest w ścisłym związku z faktem, że zapominanie nadzwyczaj często zależy od skojarzonego z danem wyobrażeniem przykrego zabarwienia uczuciowego, t. j. że ze szczególną predylekcyą zapomina się rzeczy niemiłe, ewentualnie także i to, co się z przykrem wyobrażeniem skojarzyło. Przy doświadczeniach nad kojarzeniami zapomina się nietylko punkt krytyczny, lecz i reakcye przyległe, które przypadkowo zetknęły się z trwającem jeszcze przykrem zabarwieniem uczuciowem. Powierzchowność tych reakcyi jest często jednym z powodów ich szybkiego zapominania, gdyż równie dobrze możnaby je zastąpić innemi równie powierzchownemi. Jak wskazuje doświadczenie, fałszywa reprodukcya występuje w miejscach wprost konstelowanych przez kompleks lub przy reakcyach bezpośrednio następujących po krytycznych, które leżą jeszcze w obrębie trwającego zabarwienia uczuciowego, a więc metoda odtwarzania jest środkiem, pozwalającym na przedmiotowe stwierdzenie kompleksu. Fałszywe odtwarzanie może mieć i wartość pozytywną, gdyż daje nam ono niejako drugie kojarzenie do sygnału i wypartego kompleksu, co w pewnych warunkach może mieć wielką wartość.

Tak np. pewien pan kojarzy w ten sposób:

Sygnał	Reakcya	Odtworzenie
przyjaciel	pragnienie	oczekiwać

Zestawienie wyrazów przyjaciel — pragnienie nie nasuwa mu na razie nic na myśl, dopiero błędnie odtworzony wyraz »oczekiwać« daje klucz dla zrozumienia pierwszej reakcyi. Przyjaciel tego pana jest daleko; on »oczekuje« niecierpliwie od jakiegoś czasu na list od przyjaciela z wiadomością, która jest dlań bardzo »upragniona«

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Nowsze sposoby badania fizyologicznej czynności błędnika nie akustycznego i ich znaczenie praktyczne dla rozpoznania chorób błędnika i ośrodkowego układu nerwowego.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

R. Spira.

(Ciąg dalszy).

Baranyi podaje jeszcze następujące różnice między ny. ocznym, a przedsionkowym. Ny. pochodzenia optycznego jest falujący, t. j. ruchy w obu kierunkach równe, a nie rytmiczne. Przy zakryciu jednego oka, ny. przedsionkowy nie zmienia się, natomiast zmienia się ny. optyczny. Ny optyczny w obu oczach często bywa nierówny. Wahadłowe ruchy głowy i drgania powiek często towarzyszą ny. optycznemu.

Ny. przedsionkowy może także wystąpić samoistnie bez powodu zewnętrznego, i to przeważnie przy największem odchyleniu oczu na prawo lub na lewo. Inne formy ny. przedsionkowego mogą być wywołane przez bodźce, pobudzające narząd przedsionkowy. Takimi bodźcami mogą być bodźce swoiste fizyologiczne, ale nadmierne, jak obracanie bierne lub czynne koło własnej osi, albo bodźce niewłaściwe, jak różne stopnie ciepłoty, elektryczność, zagęszczenie lub rozrzedzenie powietrza w uchu zewnętrznem.

Cyon pierwszy odkrył (r. 1875) stosunek między drżeniem oczu, a błędnikiem. Twierdzi on, że narząd przedsionkowo łukowy pozostaje w ścisłym związku ze wszystkimi mięśniami ocznymi dla tworzenia harmonii, istniejącej między nerwem przedsionkowym, a wzrokowym, których wrażenia razem wzięte dają zupełną świadomość przestrzeni trójwymiarowej. Każde podrażnienie jednej pary przewodów wywołuje regularne ruchy gałek ocznych, głowy i ciała w płaszczyźnie tego przewodu. W ten sposób pewne ruchy takie są ściśle skojarzone ze szczególnemi wrażeniami i wyobrażeniami kierunku, pochodzącemi z przewodów łukowatych.

Wielkie znaczenie dla nauki o stosunku błędnika do mm. ocznych mają prace Högyesa. Przez doświadczenia na królikach wykazał on, że można wywołać ny. od strony błędnika przez 1) obracanie ciała, 2) wdmuchiwanie, 3) mechaniczne dotykanie i 4) drażnienie elektryczne błędnika błoniastego. Högyes wykazał dalej, że przez znieczulenie

baniek (ampullae) przedsionkowych, względnie przez jedno- lub obustronne zniszczenie błędnika występujące skojarzone ruchy oczne zmieniają się lub ustają. Högyes opisuje już ny. poobrotowy (Nachnystagmus) i daje podstawę doświadczalną do wywołania ny. kalorycznego i objawu przetokowego.

Drżenie oczu badamy klinicznie a) przez obracanie, b) przez próby kaloryczne, c) przez drażnienie elektryczne, d) przez próbę przetokową.

Ad a). Doświadczenia Högyesa dla wywołania ny. przez obracanie ciała u zwierząt dowiodły, że dla wywołania mimowolnych skojarzonych ruchów oczu przez ruchy ciała istnieje odruchowy mechanizm nerwowy, składający się z 1) 3 par nn. ruchowych oczu (nn. III. IV. VI.), 2) pewnej części podstawy mózgu między przednią parą ciał czworaczych a jądrami n. słuchowego, 3) obu nn. słuchowych i błędników błoniastych. Podrażnienie lub uszkodzenie jednej z tych części wywołuje pewne zmiany w ruchach oczu, towarzyszących regularnie obrotom ciała. Drażnienie błędnika, jako drogi dośrodkowej, przenosi się przez ośrodek odruchowy na podstawie IV komórki mózgowej na nn. ruchowe oczu, jako na drogi odśrodkowe. Okoliczność, że drażnienie jednostronne dróg dośrodkowych wywołuje ruchy obustronne oczu, przemawia za tem, że bodźce odruchowe dostają się także do dróg odśrodkowych strony przeciwnej. Okoliczność, że zniszczenie tych dróg z jednej strony wywołuje te same zmiany w ruchach ocznych, co ich drażnienie ze strony drugiej, wskazuje na to, że obustronne drogi utrzymują się ciągle w równowadze i przez usunięcie czynności jednej strony druga bierze przewagę i wywiera swój przeważający wpływ na ustawienie i na ruchy oczu.

Że ruchy oczne, towarzyszące obrotom ciała i ruchom głowy, są następstwem podrażnienia błędnika, tego dowodzą następujące fakty: 1) Po zniszczeniu błędnika błoniastego obu stron ruchy oczne przy obracaniu ciała nie występują więcej. 2) Po bezpośredniem drażnieniu różnych części błędnika błoniastego występują zupełnie podobne ruchy oczne, jak przy obracaniu ciała. Z tego wynika, że wskutek obracania ciała następuje podrażnienie błędnika. Skoro zaś każdemu obróceniu głowy odpowiada inne, ale zawsze ściśle to samo obustronne ustawienie oczu, to należy przypuścić, że różne ustawienia głowy wywołują różne, a zawsze dokładnie odpowiednie pobudzenie nerwowe w błędniku.

W ostatnim roku Rothfeld podał wyniki swoich badań na królikach. U królików występuje po 10 obrotach w prawo 1) z głową ustawioną prawidłowo ny. poziomy na lewo przez 8—16″, 2) z głową ku górze obróconą ny. pionowy oka lewego ku górze, prawego ku dołowi przez 4—8″, 3) z głową na prawym boku ny. obrotowy ku przodowi na 4—6″. Po ostrem zatruciu alkoholem występuje przy ułożeniu bocznem królika ny. samoistny coraz silniejszy ku tej stronie, na której leży głowa. Po 10 obrotach na prawo występuje 1) przy zwyczajnem ułożeniu głowy typowy ny. jak wyżej, 2) przy głowie ku górze oko lewe zwraca się ku dolnej, prawe ku górnej powiece, 3) przy głowie na boku ny. samoistny pozostaje niezmieniony. Jeżeli podczas tego ny. samoistnego kręcimy zwierzę na prawo, oko lewe kręci się ku tyłowi, t. j. w kierunku powolnego ruchu ny, następnie powstaje drżenie oczu ku przodowi i ku górze, które stopniowo wraca do pierwotnego swego kierunku ku przodowi. Ruchy gałki ocznej, powstające zwykle przy zmianie położenia głowy w kierunku przeciwnym, znikają w pewnym okresie ostrego zatrucia alkoholem.

W przewlekłem zatruciu alkoholem ny. zachowywał się, jak w stanie prawidłowym. Natomiast brakuje tu odczynu ruchowego, t. j. upadania, występującego zwykle, jeżeli głowę zwierzęcia obrócimy o 90° ku górze i zwierzę kręcimy w jedną lub drugą stronę.

W Nrze 40 »Lwowskiego Tygodnika lek.« tłómaczy Rothfeld te zjawiska działaniem alkoholu na ośrodek spojrzenia. Brak niektórych odczynów ruchowych w przewlekłem zatruciu wyskokiem tłómaczy się zmianami histologicznemi w komórkach Purkyniego, zwyrodnieniem włókien nerwowych w móżdżku.

Skoro po usunięciu półkul móżdżkowych działanie alkoholu utrzymuje się, sądzi Beck, że nie można wyłączyć przypuszczenia, iż alkohol działa na inne części łuku odruchowego, a więc na sam narząd błędnikowy.

Obrotowe drżenie oczu. U zdrowego obracanie się bierne lub czynne koło własnej osi, z głową prosto trzymaną i zamkniętemi oczami wywołuje ny. poziomy w tym samym kierunku pochodzenia błędnikowego, t. j. wskutek podrażnienia łuku poziomego. Po ukończeniu obracania się występuje zwykle drżenie oczu w kierunku przeciwnym, ny. poobrotowy (Nachnystagmus). Równocześnie istnieje zawrót głowy i wrażenie podmiotowe kręcenia się w przeciwnym kierunku przy oczach zamkniętych. Przy oczach otwartych zdaje się, że przedmioty otoczenia kręcą się w kierunku przeciwnym do kierunku obrotu.

Praktyczne badanie tego ny. wykonujemy w ten sposób, że obracamy badanego z głową prosto i oczami zasłoniętemi na krześle obrotowem np. na prawo 10 razy przez 20″. Po przestaniu można u zdrowego spostrzegać ny. poziomy ku lewej, wyraźniejszy przy patrzeniu ku lewej stronie i to przez 25″, mniej wyraźny przy patrzeniu na prawo. W ten sam sposób można spostrzegać ny. obrotowy na prawo, jeżeli krzesło kręci się w odwrotnym kierunku, t. j. na lewo. Przytem zwykle istnieje przez parę sekund zawrót głowy i wrażenie podmiotowe obracania się w przeciwnym kierunku.

Chcąc wpływać na inne przewody łukowate, należy zmienić ustawienie głowy podczas obrotu. Z głową pochyloną o 90° ku przodowi obrót odbywa się w płaszczyźnie czołowej, przyczem drażni się przewód pionowy górny, wskutek czego następuje ny. kołowy. Z głową pochyloną silnie na bok ku barkom obrót odbywa się w płaszczyznie strzałkowej, przez co podrażniony zostaje łuk pionowy tylny i ostatecznie powstaje ny. pionowy.

Postrzeganie poziomego drżenia oczu podczas obrotu przy otwartych oczach może być utrudnione przez wpatrzenie się w przedmioty otoczenia. Temu można zaradzić przez zasłonięcie oczu ciemnemi okularami. Jeszcze lepiej jest badać ny. kołujący przez obracanie badanego z głową pochyloną ku przodowi lub zważać na drżenie oczu poobrotowe. Wszelki ny. występuje wyraźniej przy wzroku, skierowanym w tym samym kierunku, co ny. Ze względu jednak na to, że u niektórych ludzi występuje przy wzroku skierowanym na bok ny samoistny, należy przy badaniu ny obrotowego nadać oku takie położenie, przy którem ny. samoistny nie występuje.

Dla wytłomaczenia tego objawu podano różne teorye (Bach, Ruppent, Abel i in.). Mach i Breuer pierwsi przyjmują, że zmiany w ustawieniu głowy wywołują ruchy endolimfy i że te stanowią bodźce fizyologiczne, wołujące ny. przedsionkowy. Badania Ewalda wykazały, że ruchy oczu przy poruszeniu się endolimfy w pewnym przewodzie łukowym występują w płaszczyźnie równoległej do odpowiedniego przewodu. Barany przyjmuje w śródmóżdżu dwa ośrodki, które utrzymują ciągłe napięcie (tonus) mięśni ocznych. Napięcie to utrzymywane jest w tych ośrodkach poczęści przez zwój przedsionkowy, do którego znów dostają się podniety od zakończeń n. przedsionkowych w bańkach łukowych. Mianowicie n. przedsionkowy po przejściu przez zwój przedsionkowy łączy się z jądrem Deitersa, które przez włókna nerwowe jest w związku z jednej strony z jądrami n. ruchowych oczu, z drugiej przez tory przedsionkowo-rdzeniowe z rdzeniem kręgowym. W ten sposób przez podrażnienie n. przedsionkowego powstają z jednej strony ruchy oczne, z drugiej zaburzenia równowagi.

Jeżeli przy zniszczeniu błędnika jednej strony napięcie w jądrze Deitersa po tej stronie odpada, wynika przewaga napięcia strony przeciwnej, która wywołuje ny.

ku tej stronie (zdrowej). Przez obracanie głowy powstaje ruch w endolimfie, który za pośrednictwem zakończeń nerwowych w bańce wywołuje podrażnienie odpowiedniego ośrodka, wywołujące opisane ruchy mięśni ocznych. W ten sposób łatwo dają się tłomaczyć wszystkie objawy ny. obrotowego.

Ruchy endolimfy powstają w sposób następujący. Razem z przewodem półkolistym porusza się przy obracaniu także endolimfa, ale wolniej. Płyn zostaje zatem wstecz i niby porusza się w odwrotnym kierunku. Jeżeli np. badany z głową prosto obraca się na prawo, to endolimfa w przewodzie poziomym prawym porusza się względnie w kierunku odwrotnym ku przodowi, t. j. ku bańce i stąd do przedsionka. Prąd w tym kierunku wywołuje, według teoryi Baranyego, silniejsze podrażnienie włosków zmysłowych, niż prąd w kierunku odwrotnym. Podrażnienie to przenosi się od n. przedsionkowego przez jądro Deitersa na n. III i IV, których jądra w rdzeniu przedłużonym ze sobą sąsiadują. Takie podrażnienie przez prąd endolimfy od przewodu do przedsionka przez bańkę wywołuje ny. w odwrotnym kierunku do prądu, t. zn. podczas obrotu na prawo prąd endolimfy w prawym przewodzie poziomym idzie na lewo, a ny. na prawo w kierunku obrotu. W przewodzie poziomym lewym powstaje równocześnie prąd endolimfy od szerokiego końca przewodu do węższego. Taki prąd sprawia słabsze podrażnienie nerwu przedsionkowego i ny. w odwrotnym kierunku, t. j. znów na prawo. Jeżeli obrót odbywa się przy otwartych oczach, powstaje równocześnie ny. optyczny fizyologiczny w tym samym kiernku, podobnie jak przy jeździe koleją lub wozem, jak wyżej omówiliśmy.

Przy obrocie koło własnej osi powstaje zawsze pobudzenie silniejsze w tym błędniku, gdzie prąd endolimfy kieruje się od cieńszego do szerszego (bańkowatego) końca przewodu poziomego, t. j. ku którego stronie obrót się odbywa, a pobudzenie słabsze powstaje równocześnie w błędniku drugiej strony, gdzie prąd idzie od szerszego do węższego końca przewodu. Z tego wynika, że np. ny. ku prawej stronie powstanie przy obracaniu się na prawo także nawet po zniszczeniu błędnika prawego, i to wskutek słabszego drażnienia błędnika lewego. Z tego powodu przy tym sposobie badania nie można poznać niesprawności jednego błędnika. Lepiej nadaje się do tego badania ny. poobrotowy (Nachnystagmus) już z tego powodu, że postrzeganie tego ny. po obrocie znacznie jest łatwiejsze, niż ny. podczas obrotu.

Poobrotowe drzenie oczu powstaje w ten sposób, że prąd endolimfy, który podczas obrotu z powodu swej poruszalności ma kierunek względnie odwrotny do kierunku obrotu (bezwzględny zaś kierunek jego jest ten sam), po ukończeniu obrotu wskutek prawa bezwładności porusza się jeszcze jakiś czas w kierunku bezwzględnym, t. j. odwrotnie do pierwszego swego kierunku. Jeżeli zatem np. podczas obrotu na prawo endolimfa prawego błędnika poruszała się względnie na lewo, t. j. ku szerszemu końcowi przewodu, to po ustaniu obrotów płyn ten porusza się tylko bezwzględnie na prawo, t. j. od szerszego ku cieńszemu końcowi, a endolimfa ucha drugiego od wązkiego do szerszego końca, t. j. tak samo jakby przy obracaniu na lewo. Wynikiem tego będzie ny. poobrotowy ku stronie lewej, a więc odwrotny do ny. podczas obrotu, odwrotny do kierunku obrotu.

Mamy zatem w ny. poobrotowym dobry środek dla badania sprawności błędnika nieakustycznego. Drugi środek badania również zapomocą obrotu mamy w zawrocie głowy. Przy każdym obrocie ciała następuje mniejszy lub większy zawrót głowy z powodu silnego podrażnienia przewodu łukowatego tej strony, po której obrót się odbywa. Im wcześniej zawrót głowy występuje, tem pobudliwszy jest odpowiedni przewód, im później, tem mniej wrażliwy. Nagłe podrażnienie zakończeń n. przedsionkowego wywołuje często oprócz ny zbiór objawów zawrotowych, t. z. zawrót obrotowy (Drehschwindel). Zawrót ten składa się z odurzenia, połączonego z uczuciem kręcenia się przedmiotów zewnętrznych, własnego ciała, względnie z nudnościami i wymiotami. Przedmiotowo odpowiadają tym objawom podmiotowym ny., ruchy odczynowe (zaburzenia równowagi) i zewnętrzne oznaki nudności: bladość twarzy, poty, zmiany tętna i oddychania (Barany). Ruchy odczynowe (zataczanie się, padanie) odbywają się w kierunku powolnego drżenia oczu i w płaszczyźnie pionowej do osi obrotu.

Przy wszystkich dotąd opisanych sposobach badania powstaje podrażnienie jednego i drugiego błędnika. Również przy obracaniu w jednym kierunku nie możemy, jak widzieliśmy, wyłączyć podrażnienia przewodu także drugiej strony. Jeżeli zatem przy badaniu, np. przy drażnieniu lewej strony, zawrót i ny. poobrotowy są słabsze, to prawdopodobnie chodzi o zmniejszoną pobudliwość odpowiedniego łuku. Ale taksamo mogłoby istnieć zupełne zniszczenie tego przewodu, a odruchy — drżenie oczu i zawrót głowy — mogłyby pochodzić od słabszego podrażnienia przewodu drugiej strony, czego przy obracaniu nigdy wyłączyć nie można. Dopiero Barany podał sposób, który pozwala na badanie błędnika wyłącznie jednej strony; sposobem tym jest próba kaloryczna.

Ad b). Drżenie oczu kaloryczne. Już oddawna wiedziano, że zimna woda w uchu wywołuje zawrót głowy. Schniedekam odkrył ten objaw na sobie (r. 1868). Bagiński wywoływał u zwierząt w ten sposób także drżenie oczu. Hitzig wywołał obustronne drżenie oczu przez wkładanie kawałków lodu do dołka sutkowego. Cohn podaje 1891 przypadki, w których wywołał zawrót głowy i drżenie oczu przez wystrzykiwanie uszu. Tłómaczono objaw ten w różny sposób. Ale dopiero Barany przeprowadził systematyczne badania i doszedł do szeregu bardzo ważnych i doniosłych wyników.

Próba kaloryczna Baranyego polega na wpuszczaniu do ucha zapomocą balonu lub irygatora, stojącego nieco wyżej nad głową badanego, zimnej wody od 15—25° lub gorącej od 38—48° przez 1—2 minuty i to przez kaniulę Hartmanna, skierowaną ku górnej ścianie przewodu ucha zewnętrznego. W przypadkach prawidłowych powstaje przy zwykłem prostem ustawieniu głowy pod wpływem zimnej wody kombinowany ny. mianowicie obrotowy i poziomy ku przeciwnej stronie. Gorąca woda wywołuje drżenie podobne, ale ku stronie badanej.

To drżenie oczu tłomaczono w następujący sposób:

Zadziałanie zimnej wody na endolimfę, np. w uchu prawem, wywołuje przesuwanie się płynu tak, że cząstki ochłodzone opadają na dół, ciepłe dopływają z drugiej strony. Jeżeli głowa ustawiona jest prosto, nie może w łuku poziomym powstać żaden ruch od jednego końca przewodu do drugiego. Natomiast w łuku pionowym górnym, znajdującym się najbliżej ucha środkowego, i to z końcem bańkowym na zewnątrz i ze zgięciem łukowem na górze, ochłodzenie endolimfy np. w uchu prawem wywołuje jej opadanie na dół do przedsionka. Powstaje zatem prąd od wązkiego do szerokiego końca przewodu. Taki prąd jest dla łuku pionowego słabem podrażnieniem i co do skutku równa się obróceniu na lewo. Wyniknie z tego obrotowe drżenie oczu na lewo. Gorąca woda, działając na ten łuk, musi wywoływać skutek przeciwny. Ogrzany płyn na końcu bańkowym podnosi się ku górze, zimny dopływa do przedsionka. Powstaje prąd od szerokiego końca przewodu do wązkiego, co jest silnem podrażnieniem i pociąga za sobą ruch obrotowy na prawo.

Widzimy zatem, że do podrażnienia przez obracanie najlepiej nadają się łuki przedsionkowe w ułożeniu poziomem, do podrażnienia kalorycznego w ułożeniu pionowem.

Przy pochyleniu głowy na bok łuk poziomy prawy dostaje się w takie położenie, jakie zajmuje łuk pionowy przy ustawieniu głowy prostem. W tem położeniu zimna woda w uchu prawem wywołuje w przewodzie poziomym prąd endolimfy od wązkiego do szerszego końca, co tu

wywołuje silne podrażnienie włosków zmysłowych, podobnie jak obrót na prawo, i skutek będzie podobny t. j. ny poziomy na prawo.

Jeżeli istnieje samoistne drżenie oczu, należy przy badaniu kalorycznem wybierać takie ułożenie, względnie taką ciepłotę, która zdoła wywołać ny. w kierunku przeciwnym. Jeżeli np. przy samoistnem drżeniu oczu na prawo chcemy badać błędnik prawy, to użyjemy zimnej wody. Chcąc badać lewy błędnik, wpuścimy do ucha lewego wodę gorącą, by wywołać ny. na lewo.

Zataczanie się i padanie podczas ny. następuje zawsze w kierunku wolnego ruchu oczu, t. j. w kierunku przeciwnym kierunkowi drżenia oczu. Jeżeli np. wystrzykujemy zimną wodą ucho prawe, to występuje skłonność do padania na prawo, jeżeli wodą gorącą, to na lewo.

Barany wykazał, że jeżeli podczas obrotowego drżenia oczu kołującego na lewo robi się próbę Romberga, to badany pada na prawo, to zn. w płaszczyźnie ny, ale w kierunku przeciwnym. Jeżeli badany skręci głowę o 90^0 na prawo, to pada ku tyłowi, z głową skręconą na lewo pada ku przodowi. To samo się dzieje, jeżeli ny. jest samoistny lub sztucznie wywołany przez obracanie, próbą kaloryczną i t. p. To jest prawo Baranyego o kierunku padania przy skręceniu głowy.

Zamiast wody, można do tej próby używać powietrza różnej ciepłoty lub eteru (Herzfeld, Kallmann).

Dla lepszego spostrzegania i dokładniejszego ilościowego mierzenia stopnia drżenia oczu podano różne sposoby i przyrządy (Kiprof, Beck, Brünningsa otogoniometr i otokalorymetr).

Z okoliczności, że z jednego ucha można przez różne bodźce wywołać ny. ku tej samej i ku przeciwnej stronie, wynika, że od każdego jądra n. przedsionkowego idą drogi do mm. obu ócz, co dowódł już Högyes swojemi doświadczeniami (p. wyżej).

Należy także o tem pamiętać, że odczynu kalorycznego może mimo sprawności błędnika brakować z przyczyn zewnętrznych, np. jeżeli przystęp ciepła lub zimna do błędnika przez ucho zewnętrzne jest utrudniony, jak przez woskowiny, obce ciało lub obrzmienie, ścieśnienie w przewodzie ucha zewnętrznym, wytwory chorobowe, jak ziarniny, polipy, wysięk i t. p. w jamie bębenkowej.

Zboczenia kalorycznego ny. mogą według Brünningsa zależeć od zmian w przewodnictwie ciepłoty w uchu, np. ubytków w błonie bębenkowej, silnych zwężeń przewodu ucha zewnętrznego, lub założenia ucha zewnętrznego woskowiną, przekrwienia jamy bębenkowej, polipów, wysięków, ziarnin lub innych wytworów chorobowych; 2) od mechanicznych przeszkód w przyrządzie limfokinetycznym, jak zmiany ścieśniające światło w obrębie przewodów łukowatych lub zmiany w składzie endolimfy; 3) od spraw chorobowych w komórkach zmysłowych bańkowych, ich drogach zabłędnikowych, jakoteż w mięśniach ocznych.

Ad c). Galwaniczne drżenie oczu badał najpierw Hitzig, następnie Breuer, Högyes, Alexander, Mackenzie i in. Przez galwanizowanie ucha wewnętrznego badamy co do zawrotu głowy, zaburzeń równowagi, kierunku padania (p. wyżej) i co do drżenia oczu. Prąd galwaniczny, zastosowany anodą na szyi, a katodą na skrawku ucha z siłą 3—4 MA wywołuje u zdrowego człowieka ny. ku stronie katody. Jeżeli anoda znajduje się na skrawku, występuje ny. ku stronie przeciwnej, jednak dopiero przy silniejszym prądzie. Różne odmiany tego odczynu wskazują na stan nieprawidłowy w błędnikach lub w ośrodkowym układzie nerwowym, o czem niżej będzie mowa.

Ad d). Próba przetokowa polega na zgęszczeniu lub rozrzedzeniu powietrza w uchu zewnętrznem. W przypadkach przetoki w przewodzie półkolistym poziomym lub w ścianie błędnikowej wogóle, ścieśnienie powietrza w uchu zewnętrznem wywołuje ny. ku tej samej stronie, zmniejszenie parcia powietrza sprawia ny. w kierunku odwrotnym. Kierunek tego ny. odpowiada także kierunkowi prądu endolimfy, zależnemu od różnego parcia zewnętrznego.

Próba ta ma jednak ograniczoną tylko wartość. Jeżeli przytem występuje drżenie oczu, to można wnosić, że błędnik przedsionkowy tej strony jest czynny i pobudliwy. Wynik zaś tej próby niezawsze pozwala wyłączyć tę pobudliwość.

Sposób postępowania przy badaniu klinicznem. Przy klinicznem badaniu praktycznem błędnika należy postępować w następujący sposób: W pierwszym rzędzie wykonuje się próby słuchowe, by zapewnić się co do stanu błędnika akustycznego. Następnie przejdziemy do badania sprawności błędnika nieakustycznego. W tym celu musimy się przedewszystkiem przekonać, czy niema choroby nerwowej, oczu lub mięśni i t. p. Potem przystąpimy do badania zaburzeń równowagi statycznej, dynamicznej, kinetycznej według Romberga i Steina i galwanicznej. Nakoniec należy wykonać próby co do drżenia oczu, a mianowicie naprzód co do drżenia samoistnego, następnie obrotowego, kalorycznego, galwanicznego i przetokowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Neurologia.

Prof. Kraepelin: **O psychozach paranoidalnych.** (Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. Orig. XI, 6). Praca niniejsza jest streszczeniem zmian w ugrupowaniu chorób umysłowych, które w ostatnim czasie dojrzewały na klinice monachijskiej. Kraepelin, który w swoim czasie ograniczył w znacznym stopniu pojęcie pomieszania (paranoia) na korzyść paranoidalnych form otępienia przedwczesnego (dementia praecox), wydziela obecnie z tej grupy pewne formy nosologicznie samodzielne, proponując dla nich nazwę parafrenii. Po historycznym zarysie rozkładu dawnego pojęcia pomieszania (paranoia) określa autor przedewszystkiem cechy tego schorzenia, które w dalszym ciągu na nazwę pomieszania zasługuje: jest to powolne, z wewnętrznych przyczyn powstające, czysto kombinacyjne rozwinięcie się psychicznie wypracowanego, niezachwianego systemu urojeń przy zupełnem zachowaniu całości osobowości. W przypadkach tych chodzi właściwie o nieprawidłowy rozwój psychiczny, który powstaje u osobników psychopatycznych pod wpływem zwykłych podniet życiowych. Od przewlekłej manii Spechta odróżnia się pomieszanie konsekwencyą w rozwoju urojeń i brakiem wyraźnej zależności od wahań uczuciowych, od utajonej schizofrenii (dem. praecox) odróżnia się brakiem rozkładu psychicznego. Przeprowadzając rewizyę psychoz paranoidalnych, zostawia autor przy otępieniu przedwczesnem te wszystkie przypadki, ktore na początku, w przebiegu lub w okresie końcowym miały jakiekolwiek wyraźne objawy kliniczne tej choroby. Pomiędzy innemi pozostawia on przy otępieniu przedwczesnem również t. zw. »délire chronique à évolution systematique« Magnana. Natomiast wydziela autor, jako postacie samodzielne: 1) paraphrenia systematica: powolny, w początkach kombinacyjny, następnie i omamowy, ciągle postępujący rozwój systematyczny urojeń prześladowczych i wielkościowych z zejściem w otępienie umysłowe miernego stopnia; od pomieszania odróżnia się przedewszystkiem omamami, od otępienia przedwczesnego odróżnia się według autora żywością odczynów uczuciowych, planowością postępowania, późnem występowaniem omamów i przedewszystkiem brakiem głębiej sięgającego rozpadu osobowości. 2) Paraphrenia expansiva, — wyłącznie u kobiet; stopniowy rozwój urojeń wielkości przy wesołem, maniakalnie zabarwionem usposobieniu; urojenia prześladowcze i omamy, zwłaszcza wzro-

kowe, zjawiają się dodatkowo, nie grają jednak wielkiej roli; wyraźniej już występują zafałszowania wspomnień. Stan ten trwa latami bez zmian i bez następczego otępienia. Od psychozy maniakalnej odróżniają się te stany jednorazowością wystąpienia, brakiem stanów zadumczych i wysunięciem na plan pierwszy urojeń. Jeszcze rzadszą jest 3) paraphrenia confabulatoria, w której urojenia prawie zupełnie ustępują miejsca zafałszowaniu wspomnień; z czasem rozluźnia się związek między urojeniami i chorzy »tępieją«. I tu autor wyłącza zaburzenia właściwe schizofrenii. 4) Paraphrenia phantastica, dawna dementia paranoides w ścisłem tego słowa znaczeniu: tej formy nie może autor z całą pewnością wydzielić z grupy otępienia przedwczesnego, raczej skłania się do wcielenia jej do niej z powrotem. W dalszym ciągu rozpatruje autor stany paranoidalne, niezależne od otępienia przedwczesnego. Stany paradoinalne przy psychozie maniak. — depr. bywają blade, zmienne, zależne od stanów uczuciowych, od przebiegu powyższej psychozy. O stanach tych przy przewlekłej, t. zw. konstytucyonalnej manii była wzmianka powyżej. W wieku starszym występują urojenia prześladowcze w formie opisanej przez autora, pod odrębną nazwą i jako t. zw. starcze urojenia prześladowcze sensu stricto. Dalej powstają urojenia prześladowcze na tle całego szeregu przyczyn zewnętrznych, w pierwszym rzędzie zatruć: tu wspomina autor ostrą hallucynozę pijaków (poglądy nie uległy zmianie), tudzież przewlekłe psychozy paranoidalne na tle przewlekłego opilstwa, rozwijające się z obłędu opilczego i ostrej hallucynozy. Nie jest rzeczą wyłączoną, że część tych psychoz w okresach końcowych ma wielkie podobieństwo do otępienia przedwczesnego, należałoby jednak ściśle tego dowieść. Urojenia prześladowcze przy kokainizmie z typowemi »mikroskopowymi« omamami wzrokowymi wyszły z rewizyi cało. Mało są dotychczas znane urojenia prześladowcze na tle kiły: są to urojenia, do których przyłączają się pojedyncze urojenia wielkości i zwłaszcza omamy słuchowe. Urojenia te są jednostajne, mało obrobione, bez wpływu na postępowanie; brak samoistnych zaburzeń woli. Zachowanie się chorych jest naturalne i przystępne; usposobienie podlega silnym wahaniom: chorzy ulegają podnieceniom z natężeniem urojeń, które w miarę uspokojenia częściowo przycichają, w dalszym przebiegu myślenie chorych ubożeje i przytępia się, wola słabnie, tymczasem monotonne skąpe urojenia trwają w dalszym ciągu. Obok objawów psychicznych dają się stwierdzić inne cechy kiły: odczyn Wassermanna z krwi dodatni, pleocytoza, zmiany odruchów i źrenic, napady, zniszczenie podniebienia, blizny skórne. Urojenia prześladowcze zdarzają się również przeważnie i przy psychozach wiądowych (tabetycznych): formy ostre tych psychoz wskutek niezmiernej żywości omamów wysoce przypominają psychozy opilcze, brak im jednak zabarwienia humorystycznego, przeważają wybitne stany lękowe. W formach przewlekłych z urojeniami prześladowczemi i wielkości dają bóle i parestezye wiądowe obfite żniwo dla urojeń cielesnych; usposobienie bywa przeważnie euforyczne lub drażliwe; samoistnych zaburzeń woli brak nawet wówczas, kiedy chorzy pomału tępieją. W rubryce stanów paranoidalnych, powstających na tle przyczyn psychicznych, rozpatruje autor przedewszystkiem urojenia wskutek pozbawienia wolności: urojenia prześladowcze więźniów i urojenia braku winy i ułaskawienia u długoterminowych i dożywotnich skazańców; poglądy nie uległy zmianie. Dość rzadko zdarzającą się t. zw. psychozę osób głuchych lub niedosłyszących charakteryzują niepewność, podejrzliwość, niewyraźne omamy słuchowe i urojenia prześladowcze. — Również w obłąkaniu narzuconem nie brak urojeń prześladowczych, urojenia te jednak nie ulegają samodzielnemu rozwojowi; omamów zupełny brak z wyjątkiem powikłań przez histeryczne stany ekstatyczne; urojenia bledną z chwilą, kiedy osoba »naśladująca« oddzielona zostaje od swego »wzoru«. Wreszcie w końcu omawia autor obłąkanie pieniackie z pieniactwem t. zw. »Rentenjägerów«, o ile jest ono chorobliwem i widzi związek pomiędzy obłąkaniem pieniackiem, występującem samodzielnie, a pomieszaniem. To daleko idące rozczłonkowanie form paranoidalnych traktuje autor, jako próbę tymczasową i pozostawia dalszym badaniom rozstrzygnięcie, czy to nowe ugrupowanie odpowiada rzeczywistości. (Szkoła Zurychska z Bleulerem na czele, wychodząc z psychologicznego pojmowania otępienia przedwczesnego, idzie w kierunku przeciwnym, wcielając większość tu rozczłonkowanych form do grupy schizofrenii. Przyp. spraw.). Nelken (Kulparków).

Pfeiffer B.: **Dalsze doświadczenia z dziedziny nakłucia mózgu przy guzach mózgu i padaczce.** (Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych. Orig. X, 1—2). Na podstawie kazuistyki dochodzi autor do wniosku, że nakłucie mózgu jest doskonałym środkiem rozpoznawczym w przypadkach guzów mózgu i pomaga w razach wątpliwego rozpoznania do zupełnie ścisłego określenia zarówno siedliska, jak i rodzaju guza. Naogół udało się autorowi 9 razy zapomocą nakłucia wykryć rozmaicie usadowione guzy (3 glejaki, 3 śródbłoniaki, 1 raka, 1 czerniak i 1 perlak); w dziesiątym przypadku wykrycie zapomocą nakłucia atypowo rozwiniętych włókien gleju upoważniło do rozpoznania odczynowego rozrostu gleju naokół głębiej leżącego guza. Również rozpoznano zapomocą nakłucia torbielowate zwyrodnienie wewnątrz jednego glejaka i jednego czerniaka. Ogromną wartość rozpoznawczą ma wynik ujemny nakłucia, t. j. stwierdzenie w pewnej określonej okolicy mózgu tkanki prawidłowej: w 4 przypadkach rozpoznanych klinicznie guzów w tylnej części jamy czaszkowej bez możności dokładniejszego określenia siedziby, wynik ujemny nakłucia obydwu półkul móżdżkowych wskazał, że chodzi o niedostępne dla operacyi guzy robaka, wzgórków czworaczych, ew. czwartej komory, co potwierdziły sekcye; w innym znowu przypadku, 6 razy nakłutym z ujemnym wynikiem, sekcya nie wykazała guza, natomiast wodogłowie wewnętrzne. W niektórych przypadkach, które usunęły się od kontroli czy to operacyjnej, czy sekcyjnej, wynik ujemny nakłucia wybawił chorych od operacyi w okolicy nakłucia. U części chorych nakłucie wielkiego spoidła usunęło objawy ciśnienia śródczaszkowego. Wreszcie w jednym przypadku klinicznie rozpoznanego guza lewego płatu skroniowego nakłucie wykazało ognisko rozmięknienia w tej części mózgu, które-to rozpoznanie potwierdził dalszy przebieg choroby. Wogóle autorowi nigdy się nie zdarzyło, aby operacya lub sekcya wykryły guz w okolicy, w której wykonano nakłucie z wynikiem ujemnym.

Autor zastrzega się przeciwko błędom wykonania nakłucia i radzi technikę, której sam się trzyma: należy wprowadzać igłę z przetyczką aż do kory i wówczas, po usunięciu przetyczki, wsuwać igłę pomału w głąb, ciągle aspirując, aż do 3 cm głębokości, następnie, również aspirując, igłę pomału wyciągać. Nakłucie mózgu powinno się zawsze opierać na ścisłem badaniu układu nerwowego i możliwie najdokładniejszem określeniu siedziby guza; nie powinno być nigdy wykonywane bezplanowo, jako operacya, połączona z pewnem niebezpieczeństwem. W poprzedniej swojej pracy ogłosił autor 89 nakłuć u 20 chorych, wypada zatem niecałe 4,5 nakłuć na osobę; obecnie wykonał autor 91 nakłuć u 36 chorych, średnio więc 2,5 nakłucia na osobę. Naogół nie robi autor więcej, niż 1 lub 2 nakłucia na jednem posiedzeniu. Neisser i Pollack wykonali w pewnym przypadku 7 nakłuć na jednem posiedzeniu, a w 2 innych przypadkach po 12 nakłuć, co prawda nie odrazu. Są oni zdania, że nie należy się cofać przed systematycznem i bezwzględnem nakłuwaniem mózgu. Przeciwnie Oppenheim uważa wielokrotnie nakłuty mózg za narząd uszkodzony i w mniejszym stopniu odporny. Autor, badając drobnowidowo powstałe wskutek nakłucia kanały u osób, które wkrótce po nakłuciu zmarły, znalazł zwyrodnienie, nie sięgające poza bezpośrednie otoczenie kanału i szybkie odradzanie się tkanki u dorosłych. W dalszym

ciągu omawia autor niebezpieczeństwa nakłucia. Niebezpieczeństwo zakażenia da się usunąć przez natychmiastową doszczętną operacyę w razie wykrycia ropy. Natomiast poważnem niebezpieczeństwem przy nakłuciu guzów mózgu grozi uszkodzenie naczynia, tembardziej, że stosunkowo mały wylew krwawy może wobec zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego wywołać śmierć. Krwotoki żylne są mniej niebezpieczne, niż tętnicze; zranienie zatoki żylnej grozi poważnem niebezpieczeństwem. Z możliwością krwotoku należy się liczyć, powikłanie to zdarza się jednak nie często. Zważywszy, że chorzy z guzami mózgu są straceni, jeżeli siedziba guza nie zostanie dokładnie określona i guz zoperowany, zdarzające się stosunkowo rzadko wylewy krwawe przy nakłuciu nie powinny powstrzymać od dalszego stosowania tego zabiegu. Lecznicze znaczenie nakłucia mózgowego polega na usuwaniu płynu (torbiele, surowicze zapalenie opon, zwyrodniałe torbielowo guzy, i t. d.). Autor rozpatruje w końcu metody, znoszące ogólne ciśnienie śródczaszkowe. Wskazania zależą od tego, czy ucisk wywołany został wyłącznie przez guz, czy też jeszcze dodatkowo przez wodogłowie wewnętrzne. W pierwszym przypadku wskazana jest trepanacya przeciwuciskowa, w drugim metody, mające na celu opróżnienie komór z nadmiaru płynu. Do stwierdzenia wogóle wodogłowia wewnętrznego wiedzie nakłucie komory; jest ono również wskazane w takich razach, kiedy chodzi o krótkotrwałe obniżenie ciśnienia, np. przed doszczętną trepanacyą. W razie rozpoznania wodogłowia wewnętrznego wchodzą w rachubę odpowiednie metody. Nakłucie lędźwiowe odpada odrazu ze względu na znane niebezpieczeństwo tego zabiegu przy guzach mózgu. Nakłucie komór ustępuje nakłuciu spoidła lub drenowaniu komory ze względu, że dla osiągnięcia trwałego skutku musiałoby być wielekroć powtarzane. Która z obu tych metod jest skuteczniejsza, rozstrzygną dalsze badania. Według autora, za nakłuciem spoidła przemawia raczej prostota i nieznaczne niebezpieczeństwo zabiegu.

Nakłucie mózgu w 3 przypadkach padaczki typu Jacksona bez objawów ucisku śródczaszkowego nie dało żadnych wyników. Nelken (Kulparków).

Ulrich A.: **Wyniki pięcioletniego doświadczenia w leczeniu padaczki przy małosłonej dyecie** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 36, 37).

Ulrich A. **Zasady leczenia padaczki bromem.** (Wydawnictwo szwajcarskiego Zakładu dla epileptyków).

Autor, wytrawny znawca padaczki i kierownik szwajcarskiego Zakładu dla epileptyków w Zurychu, streszcza doświadczenia swoje w następujących tezach: A. Część ogólna: 1) Tylko przez długoletnie, bez przerwy, konsekwentnie prowadzone leczenie bromem da się osiągnąć przy padaczce trwałe zniknięcie napadów. 2) Leczenie przerywane stale nie osiąga skutku. 3) Nagłe odstawienie bromu na czas dłuższy powinno być uważane za fatalny błąd lekarski, ponieważ może to wywołać pogorszenie, pojawienie się stanu padaczkowego (status epilepticus), ewent. nawet z zejściem śmiertelnem. 4) Nawet po zniknięciu napadów powinno leczenie bromowe trwać latami, w ciężkich przypadkach zaś stale. 5) Indywidualnie określone i metodycznie przeprowadzone leczenie bromowe przy dyecie mało słonej daje lepsze wyniki, niż wszystkie inne używane sposoby leczenia i jest na pewno skuteczniejsze, niż leczenie bromowe przy dyecie, obfitującej w sól. 6) Jako preparaty działające przeciwnapadowo, należy i dalej uważać zasadowe związki bromu. Organiczne przetwory bromowe działają jedynie w małym stopniu lub nie działają wcale przeciwnapadowo. 7) Spokojne uregulowane życie przy zupełnem i stałem wstrzymywaniu się od napojów wyskokowych jest bezwzględnie wskazane dla każdego padaczkowego. — B. Część szczegółowa: 1) Dla każdego chorego należy oznaczyć przy powolnem zwiększaniu tę dawkę bromu, która nie wywołując długotrwałego zatrucia bromowego, działa przeciwnapadowo. Raz określonej dawki należy się latami trzymać. Zwiększanie lub zmniejszanie dawki wiedzie do niepowodzeń. 2) Większość chorych przestaje stale miewać napady nawet przy leczeniu bromowem dopiero przy odpowiedniem ograniczeniu dowozu soli (Toulouse-Richet). 3) Leczenie długotrwałe w połączeniu z dyetą małosłoną nie sprawia szkody, jeżeli ograniczenie w dowozie soli nie idzie zbyt daleko. 4) Całkowite usunięcie soli nie nadaje się do leczenia długotrwałego: a) z powodu niebezpieczeństwa charłactwa bromowego, b) z powodu następowania chlorobromowej nadczułości, przy której nieznaczna nadwyżka NaCl może wywołać napad, a nieznaczna nadwyżka bromu — zatrucie bromowe, c) z powodu niebezpieczeństwa nawrotu napadów przy przejściu do dyety słonej (przy wyjściu z kliniki, podróży i t. d.). 5) Średnie dawki soli po 5—10 grm dziennie (przygotowywanie jedzenia z tą ilością soli nie sprawia trudności żadnej kuchni: wystarcza nie solić zupełnie zup, a pozostałe jedzenie słabo podsalać) przy średniej dawce bromu 4—6 grm nadaje się zupełnie do leczenia stałego. 6) Sedobrol »Roche« (NaBr 1·1; NaCl 0·1 w połączeniu z istotą wyciągową białka roślinnego i tłuszczem) ułatwia każdej kuchni przygotowywanie smacznych małosłonych zup. 7) Zatrucie bromem usuwa się przez dostarczanie ustrojowi skrzętnie określonych dawek soli (1—5 grm dziennie), ewent. przez zmniejszenie dawki bromu. Dłużej niż 1—2 dni trwające całkowite usunięcie bromu jest przeciwwskazane i niebezpieczne. 8) Bromowe wyrzuty skórne usuwa się bez przerwy w leczeniu bromowem zapomocą arszeniku, okładów słonych, maści rtęciowej: trądzik bromowy, »bromoderma tuberosum«, — przez płyn Fowlera 1—9 kropli, owrzodzenia bromowe lub duże guzy trądzikowe, — przez maść lub plaster rtęciowy (Zumbusch). 9) W przypadkach, kiedy brom przy małosłonej dyecie nie usuwa napadów, zwłaszcza przy napadach nocnych, może być stosowany latami wodnik chloralu w dawkach 0·3—1·0 co wieczór. Połączenie bromu z wodnikiem chloralu działa w wysokim stopniu przeciwnapadowo (Séguin). Nelken (Kulparków).

Higiena.

(Z posiedzeń sprawozdawczych lekarzy miejskich w Krakowie).

Jaksch. **Obrót targowy grzybami jadalnymi.** (Der Amtsarzt Nr 1—2 1912). Sprzedaż grzybów jadalnych nie jest dotychczas należycie uregulowana. Odnoszący się do tego projekt ustawy zawiera następującą opinię Najwyższej Rady zdrowia. 1) Zakazuje się sprzedaży grzybów szkodliwych dla zdrowia. 2) Należy pozwolić sprzedawać jedynie takie grzyby, które są ogólnie uznane jako jadalne i nieszkodliwe. 3) Na razie oznacza się tylko 12 gatunków grzybów, jako dopuszczalne do obrotu targowego (marktfähig); jednakowoż władzom krajowym wolno dopuścić na targi jeszcze inne grzyby, po wysłuchaniu zdania znawców. 4) Grzyby suszone i konserwowane mogą być sprzedawane tylko pod tym warunkiem, jeżeli zostały przyrządzone w pracowniach pod szczególną kontrolą władz policyjno-sanitarnych; inaczej dopuszczone do sprzedaży są wyłącznie grzyby świeże, i to nie pokrajane na kawałki i nie nadżarte przez robaki. 5) Na targach wolno sprzedawać grzyby wyłącznie w miejscach i godzinach na ten cel przeznaczonych. 6) Sprzedaż wolno rozpocząć dopiero po uznaniu grzybów za nieszkodliwe przez osobnych funkcyonaryuszy urzędowych, co musi być uwidocznione na straganie. 7) Grzyby mają być w ten sposób ułożone, ażeby każdy z nich mógł być z osobna dokładnie oglądnięty. 8) Grzyby niedopuszczone do sprzedaży muszą uledz zniszczeniu w sposób nieszkodliwy. 9) Zakazuje się handlu domokrążnego grzybami. 10) W okolicach, gdzie ludność miejscowa zbiera grzyby dla własnego użytku, powinny władze miejscowe pouczać ludność o niebezpieczeństwie, połączonem ze spożyciem grzybów podejrzanych lub trujących.

Autor czyni różne uwagi co do tych zasad. W szczególności zwraca uwagę, że różni botanicy i farmakologowie różnego są zdania co do jadalności poszczególnych gatunków grzybów i dlatego powinny być oznaczone jako dopuszczalne do sprzedaży tylko te grzyby, co do których jadalności nikt nie ponosi zarzutów. Natomiast sprzeciwia się autor temu, ażeby dopuszczać na targi tylko 12 gatunków grzybów, ponieważ jadalnych jest znacznie więcej. Organa kontrolujące powinny być bardzo dokładnie obznajomione z grzybami, a przy nauce powinno się z kandydatami odbywać praktyczne ćwiczenia na wycieczkach w okolice, obfitujące w grzyby. Weinsberg.

Małgorzata Weinberg: **O zimnicy w Grecyi i o jej zwalczaniu.** (Sociale Medizin und Hygiene 1911. Nr 10). W różnych okolicach Grecyi i Krety wynosiła chorobowość od 5—100%, śmiertelność od 5—90%. Dla całej Grecyi śmiertelność z zimnicy wynosiła średnio 29·6%. Walkę z zimnicą prowadzono jużto przez osuszanie okolic bagnistych i niszczenie poczwarek widliszów (anopheles), jużto przez stosowanie chininy, i to lecznicze i zapobiegawcze. Gdzie osuszanie okolic bagnistych nie mogło być wykonane, tam zalewano powierzchnię wody mieszaniną nafty i dziegciu. Chininę podawano z początku w opłatkach, w dawkach dla dorosłych od 1—1·5 gr. dziennie, dla dzieci poniżej 10 lat od 0·4—0·8 gr. dziennie. Dzieciom poniżej czwartego roku życia podawano euchininę lub garbnikan chininy w proszku lub powidełkach. Zapobiegawczo podawano chininę w następujący sposób: Z początku podawano w dwóch po sobie następujących dniach tygodnia po 1 gr. dla dorosłych i dla dzieci powyżej 10 roku życia, mniejszym dzieciom od 0,25—0.75 gr. Ten sposób nie był dobrze przyjęty przez ludność, bo wysokie dawki wywoływały różne dolegliwości u ludzi zresztą zdrowych i dlatego w r. 1908 zmieniono tę metodę podawania (Kochowską) na metodę włoską, t. zn. stosowano u dorosłych codziennie w pastylkach po 0,40 gr. chininy, u dzieci połowę. Ludność ten sposób chętniej przyjęła. Przy Kochowskiej metodzie chorobowość z zimnicy spadła do 47·6%, przy włoskiej do 1·99%. W okolicach sąsiednich, nie objętych akcyą greckiego towarzystwa zwalczania zimnicy, była chorobowość bardzo znaczną. W ostatnim roku walki (1909) odstąpiono od leczenia zapobiegawczego, bardzo drogiego i trudnego do przeprowadzenia, a stosowano chininę tylko u chorych, jednakowoż zaraz podskoczyła częstość zachorowań do 13·41%. Ogólny wynik prób, przeprowadzonych przez wspomniane towarzystwo od 1907—1909, jest następujący: Podawanie chininy w pastylkach, wyrabianych przez rząd włoski, jest korzystniejsze od stosowania chininy w opłatkach. U dzieci lepiej jest stosować garbnikan chininy w powidełkach, aniżeli euchininę, która jest droga, źle się rozpuszcza i wymaga bardzo dużych dawek. Metoda włoska podawania chininy, połączona z niszczeniem poczwarek komarów (anopheles), stanowi doskonały sposób asanacyi okolic, nawiedzonych przez zimnicę. Jednakowoż sposób ten jest trudny do przeprowadzenia na znacznych przestrzeniach z powodu wielkich kosztów, konieczności stałego dozoru lekarskiego i nieuchronnego oporu ludności. Łatwo tę walkę natomiast prowadzić w armii, marynarce, w więzieniach i wśród ludności robotniczej większych przedsiębiorstw. Towarzystwo greckie walki z zimnicą sądzi, że samo stosowanie chininy może odnieść bardzo znaczne skutki, nawet bez równoczesnego osuszania gruntu. Weinsberg.

Schattenfroh. **O higienie społecznej.** (Öster. Vtljsch. f. Gesund. 1912. I—II). Schattenfroh omawia zadania i postępy higieny społecznej. O ile zwykła higiena zajmuje się głównie jednostką, to społeczną obchodzi ogół, względnie rasa. Higiena rasy jest gałęzią nową. Bada ona wpływy, działające źle na rasę i stara się im zapobiedz różną drogą, nieraz nawet operacyjną (trzebienie zbrodniarzy, umysłowo chorych i t. p.). Wykazała ona, że mieszanie się ras, n. p. białej z czarną, nie jest korzystne i wiedzie do zwyrodnienia. Do zadań higieny społecznej należą też ochrona niemowląt, higiena szkolna, walka z alkoholizmem, gruźlicą, kiłą i t. p., ochrona pracy (dzieci i kobiet w fabrykach) i ochrona położnic. W związku z tem pozostaje higiena przemysłu i robotnika. Część zadań higieniczno-społecznych objęło państwo lub gminy. Wielkie usługi oddaje higienie społecznej sumienne prowadzenie statystyki. Dalej zajmuje się higiena społeczna sprawą odpowiednich mieszkań, zwłaszcza dla ludności robotniczej, sprawą kanalizacyi, wodociągów, odpowiedniego oświetlenia, wentylacyi, sprawą odżywiania się warstw niezamożnych i t. d. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 15. X. 1912.

1) Kozerski przedstawił chorą, lat 38, która zgłosiła się do jego zakładu w grudniu 1911 r. Stwierdzono wówczas **lupus vegetans exulceratus** całego lewego policzka, lewej okolicy licowej i płatka lewego ucha, jak wskazuje przedstawiona fotografia. Stosując metodę skombinowanego leczenia, kol. Górkiewicz wyskrobał łyżeczką całą pulchną masę tocznia. Po tygodniu na powierzchnię ziarniny zastosowano 4 H promieni Röntgena, po 3 tygodniach znów 3 H i po następnych 3 tygodniach 3 H. Następnie naświetlano lampą Kromayera 6 razy w odstępach 2—3-tygodniowych. Wynik leczenia jest bardzo piękny. W poprzek środka policzka biegnie biała blizna tam, gdzie toczeń po 36 latach trwania najgłębiej zniszczył tkanki. Części zaś skóry, położone w górnej i dolnej okolicy policzka, przedstawiają się tak prawidłowo, że trudno uwierzyć, porównując fotografię, iż w tem miejscu był toczeń. Chorą tę K. przedstawia w odpowiedzi na głosy, niedoceniające wyników nowoczesnego skombinowanego sposobu leczenia tocznia.

2) Bregman przedstawił operowany **przypadek nowotworu rdzenia**. U kobiety 57-letniej od 4 lat zjawił się ból w okolicy ostatnich żeber z prawej strony. Przed dwu laty parestezye, osłabienie prawej nogi, następnie lewej. Od 6 miesięcy przestała chodzić. Porażenie spastyczne kończyn dolnych; kończyny wyprostowane; odruchy ścięgnowe wzmożone, objawy Babińskiego i Oppenheima; niezupełne porażenie mięśni tułowia; zaburzenia czucia na kończynach dolnych i na brzuchu na 3 palce powyżej pępka; czucie bólu, ciepła, głębokie, bardzo naruszone, dotykowe słabo zmienione; zaburzenia czynności pęcherza moczowego, niekiedy nietrzymanie moczu, trudności dowolnego oddawania; brak odruchów brzusznych. Przy uciskaniu na kręgosłup bolesność górnych kręgów grzbietowych, począwszy od VI, najbardziej II i III. W wywiadach uderzenie kijem w plecy na krótko przed wystąpieniem pierwszych objawów; chora dźwigała na barkach ciężary. Odczyn Wassermanna ujemny. W ciągu 3-miesięcznej obserwacyi szpitalnej stan bez zmiany. W ostatnich tygodniach bóle w prawej łopatce. Prelegent rozpoznał nowotwór na wysokości VII—VIII odcinka grzbietowego, najprawdopodobniej zewnątrzrdzeniowy. Bolesność kręgów przy naciskaniu nie zgadzała się z umiejscowieniem cierpienia; objaw ten również, jak bóle w łopatce, B. tłómaczył zastojem płynu mózgowo-rdzeniowego powyżej ogniska. 15. X. Laminectomia (Dr Oderfeld). Usunięto łuki V—VIII kręgu grzbietowego. W środku pola operacyjnego opona twarda z prawej strony ciemno zabarwiona, brak tętnienia. Po przecięciu opony, nowotwór podłużny (około 3 cm), położony z tyłu i z prawej strony rdzenia, uciskający rdzeń, zlepiony z oponą twardą, a bardziej jeszcze z powierzchnią rdzenia, bardzo unaczyniony. Nowotwór wyłu-

szczono. Stan chorej po operacyi dobry. Rokowanie pomyślne.

3) Higier przedstawił 13-letniego chłopca z Aschabadu, pochodzącego z rodziny żydowskiej zdrowej, podobno przymiotem nie zarażonej. Rodzice nie spokrewnieni. Ojciec alkoholik, 2 braci starszych urodziło się w 7. i 8. miesiącu i żyło po kilka miesięcy bez objawów przymiotu. Trzej bracia są zdrowi, umysłowo rozwinięci. Do 7. roku rozwijał się chory dobrze umysłowo i fizycznie. Od tego czasu stopniowo zaczęły słabnąć kończyny, zmieniła się mowa, zanikała pamięć i mowa, oraz słabła świadomość. Od 2 lat napady zupełnej utraty przytomności i drgawki toniczne po kilkadziesiąt razy na dobę. Idyotyzm zupełny. Niedowład lewej połowy twarzy; zez rozbieżny. Źrenice rozszerzone, nie oddziałują na światło. Ślepota obustronna (neuroretinitis diffusa pigmentosa bilateralis). Napięcie mięśni wzmożone. Silne zgięcie dłoni w stawie napięstkowym i palcowym, a stopy w stawie skokowym i palcowych. Rozgięcie paluchów. Odruchy ścięgnowe bardzo żywe. Objaw Babińskiego obustronny. Chory wykonywa ruchy mimowolne, przeważnie prawą ręką. Zaniki mięśniowe. Czucie, smak i słuch zachowane. Poważniejszych wahań w przebiegu choroby, stopniowo i równomiernie postępującej, nie było, pomimo energicznego leczenia jodkami, rtęcią i salwarsanem. Objaw Argyll-Robertsona i neuroretinitis przemawiają przedewszystkiem za **diplegia spastica cerebralis** wskutek przewlekłego zapalenia mózgu i opon (meningoencephalitis chronica diffusa) lub porażenia dziecięcego postępującego (paralysis progressiva infantilis); brak jednak danych w wywiadach, brak wahań w przebiegu, poprawy po leczeniu swoistem i początek w 8. roku życia poniekąd przeczą temu rozpoznaniu przymiotu dziedzicznego. Należy pamiętać o możliwości późnej postaci **choroby Tay-Sachsa** (idiotismus amauroticus familiaris). Uzupełnienie badania przez próbę Wassermanna we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym może się przyczynić do rozstrzygnięcia zagadki etyologicznej, ale niewiele nas uświadomi o podłożu anatomicznem.

4) Higier przedstawił 7-letniego brata poprzedniego chorego, który od urodzenia miał przerost lewej dłoni i stopy, oraz znaczne obrzmienie prącia. W 2 tygodnie po urodzeniu zauważono takież obrzmienie prawej dłoni i stopy. Obrzmienie prącia stopniowo się zmniejszyło. Po 1. roku życia co 1—2 miesięcy, a obecnie nawet częściej następuje obostrzenie przerostu jednej lub drugiej dłoni lub stopy lub obu jednocześnie; ciepłota podnosi się od 40° do 42° z dreszczami, a kończy się wszystko po 2—3 dniach bez potów. Miejsce dotknięte czerwieni się, obrzmiewa mocno i jest bolesne, przyczem sprawa chorobowa nie przechodzi nigdy powyżej łokcia lub kolana. Po każdym napadzie obrzmienie potęguje się o tyle, że odpowiednie części ubrania już są za małe. Czasem pęka skóra i wylewa się płyn surowiczy. Obecnie istnieje znaczne obrzmienie stóp, goleni, dłoni i przedramion, mniejsze obrzmienie prącia. Przy ucisku na te miejsca pozostaje wklęśnięcie, bolesności niema. W narządach wewnętrznych zmian wyraźnych niema. Leczenie tyreoidyną, fibrolizyną, chininą, żelazem, arszenikiem, rtęcią i jodem nie dało żadnych wyników. Prelegent skłania się do rozpoznania tak zw. **trophoedema congenitale** lub niezwykłej postaci **słoniowaciny symetrycznej.**

5) Halpern: **W sprawie leczenia dyetetycznego t. zw. artrytyzmu.** Przepisy dyetetyczne sprowadzają się w większości przypadków do rozmaitych ograniczeń, do wzbraniania choremu tej lub innej potrawy, używki lub napoju. Im mniej będzie takich ograniczeń, tem łatwiej i chętniej chory podda się leczeniu, które z natury rzeczy musi trwać długo. Dlatego też należy usuwać z dyety chorego tylko to, co istotnie może mu przynieść szkodę, należy unikać przesady, a przesadą grzeszą właśnie nasze przepisy dyetetyczne w t. zw. artrytyzmie. Wobec tego, że istota artrytyzmu jest nam nieznaną, a nie mamy żadnych dowodów na to, aby kwas moczowy lub szczawiowy odgrywał istotną rolę w jego powstawaniu, to ograniczenia w dyecie, dotyczące tych kwasów, nie mają dostatecznego uzasadnienia. Niema tu mowy oczywiście o dnie, która niewątpliwie zależy od nieprawidłowej przemiany purynowej, co w dyecie naturalnie powinno być uwzględnione. Wobec tego, że do wystąpienia artrytyzmu przyczynia się w znacznej mierze nienormalny tryb życia wogóle, a specyalnie nadużywanie mięsa, to pewne ograniczenia w tym kierunku są uzasadnione, zupełnie niezależnie od wpływu mięsa na produkcyę kwasu moczowego. Natomiast ograniczenia jarzyn ze względu na zawarty w nich kwas szczawiowy nie znajdują racyonalnego uzasadnienia. Kwas szczawiowy w ustroju nie spala się, a cała jego ilość, wessana w żołądku i jelitach, jako też wytworzona w ustroju, wydziela się z moczem; stanowi to 15—20 mg na dobę. Powiększenie tej ilości zdarza się rzadko, a w żadnym razie nie należy o niem wnosić z obecności kryształów szczawianu wapnia w osadzie; ten bowiem zależy wyłącznie od warunków rozpuszczalności tej soli w moczu: szczawian wapnia rozpuszcza się tem łatwiej, im więcej mocz zawierać będzie kwaśnych fosforanów i magnezyi, im mniej zaś wapnia. Pomimo, iż zawartość kwasu szczawiowego w pokarmach bywa nieraz dość znaczna, wydzielanie jego z moczem jest niewielkie głównie dlatego, że tylko kilka procent wprowadzonego wewnętrznie kw. szczawiowego dostaje się do krwi, tem więcej, im kwaśniejszy jest sok żołądkowy; reszta ulega rozpadowi w jelitach pod wpływem bakteryi lub wydziela się z kałem. Kwas szczawiowy wytwarzać się może poza tem z niektórych aminokwasów (glykokolu), wątpliwem jest natomiast jego wytwarzanie się z ciał purynowych. Utarło się, że chorym na t. zw. artrytyzm wzbraniano spożywania szparagów, pomidorów, szczawiu, szpinaku, rzewnia, kakao i herbaty. Szparagi prawie wcale nie zawierają kw. szczawiowego. Pomidory zawierają go tak mało, że zaledwie parę miligramów może się dostać z nich do obiegu krwi. Szczaw, szpinak i rzewień zawierają go więcej, ale ponieważ nie należą do codziennego naszego jadłospisu i ponieważ z wprowadzonego z nimi do żołądka kwasu szczawiowego nieznaczna tylko część dostaje się do soków ustroju, niema powodu używania ich ograniczać, zwłaszcza jeżeli staniemy na stanowisku, że kw. szczawiowy w omawianem cierpieniu nie odgrywa roli zasadniczej. Inne produkty zawierają kwasu szczawiowego tak mało lub spożywane są w tak nikłych ilościach, że bliższego omówienia nie wymagają. Są tylko dwa szczególne wskazania do ograniczenia omawianych jarzyn, a mianowicie stan narządów trawienia i kamica nerkowa szczawianowa. W kamicy szczawianowej, wymagającej istotnie ograniczenia produkcyi kwasu szczawiowego, wystarczy jednak wykreślić z dyety szczaw, szpinak i rzewień, nie należy natomiast usuwać szparagów i pomidorów ze względu na drobną zawartość w nich kw. szczawiowego, a herbaty dlatego, że obfitsze przepłukiwanie ustroju może tu być tylko korzystne. W każdym razie należy zauważyć, że główną rolę odgrywa nie ilość, ale rozpuszczalność soli kwasu szczawiowego; poza tem nie mamy jeszcze należytego pojęcia o roli i ilości kwasu szczawiowego pochodzenia ustrojowego, zwłaszcza w warunkach patologicznych. Jest rzeczą możliwą, że w stanach chorobowych kw. szczawiowy endogen odgrywa większą rolę, aniżeli kw. szczawiowy exogen; że nie należy się obawiać wzmożonego wydalania kw. szczawiowego, ale raczej upośledzonego jego wydalania z moczem. Stanowisko niektórych autorów francuskich, którzy pewne objawy artrytyczne starają się sprowadzić do oksalemii, nie jest jeszcze z punktu widzenia biochemii kwasu szczawiowego dostatecznie uzasadnione. T. Borzęcki.

XVIII. Zjazd chirurgów polskich

odbędzie się w roku bieżącym w Krakowie dnia 20. i 21. grudnia. Jako tematy programowe ustalono ostatecznie:

1) O leczeniu złamań kości. (Sprawozdawcy pp. J. Borzymowski z Warszawy i M. Rutkowski z Krakowa).

2) O ropnem zapaleniu otrzewnej. (Sprawozdawcy pp. L. Kryński z Warszawy i M. W. Herman ze Lwowa).

Wybrane tematy mają duże znaczenie praktyczne. Powinny one z wielu względów zainteresować najszersze koła Kolegów-praktyków, a nietylko chirurgów. Oczekujemy zatem licznego udziału w Zjeździe i ożywionych rozpraw.

Tematy dowolnych wykładów prosimy zgłaszać wcześnie pod adresem sekretarza.

Lwów, w październiku 1912.

M. W. Herman, sekretarz, ul. Pańska l. 3. L. Rydygier, prezes.

Wiadomości bieżące.

Ostrzeżenie. Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich ogłosił bojkot względem Powiatowej Kasy chorych w Pradze z powodu, że kasa ta bez słusznego powodu wypowiedziała posadę Dr Hełbichowi, przewodniczącemu Organizacyi lekarzy kas chorych.

Równocześnie ogłasza Związek, że lekarze wszystkich kas chorych w Austryi dolnej byli w walce z temi kasami zmuszeni wypowiedzieć swoje posady od 1. listopada i ogłasza bojkot względem wszystkich kas chorych dolnoaustryackich.

W Galicyi ogłoszono bojkot względem Kasy chorych w Mszanie dolnej.

Związek wzywa jaknajusilniej wszystkich Kolegów, aby bojkotowanych posad pod żadnym warunkiem nie przyjmowali.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 6. XI. 1912 posiedzenie, na którem Prof. Gliński przedstawił przypadek glejaka mózgu, poczem odbyły się zapowiedziane wykłady Dr Landau (część II) i Prof. Piltza.

— Zjazd chirurgów polskich, który mieliśmy nadzieję widzieć i w bieżącym roku w Warszawie, ze znanych powszechnie powodów nie będzie się tam mógł zgromadzić i obradować będzie w grudniu r. b. w Krakowie. Nie można wątpić, że okoliczności, które zmusiły Zjazd do wyrzeczenia się tym razem obrad w Warszawie, wywołają tem liczniejszy udział w Zjeździe krakowskim, zwłaszcza, że tematami obrad są zagadnienia, obchodzące najszersze koła lekarzy praktyków, i że Zjazd przypada w jubileuszowym roku Twórcy polskich Zjazdów chirurgicznych, któremu liczna rzesza Jego uczniów zapragnie okazać przy tej sposobności swe uczucia wdzięczności.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Józef Bronisław Ciosłowski rodem z Peczeniżyna i Henryk Rzążewski rodem z Pskowa.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Drowi J. Surzyckiemu z Krakowa za cenne dzieła, ofiarowane bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Wyszło z druku sprawozdanie z obrad ostatniego naszego Zjazdu przyrodniczo-lekarskiego p. t. »Księga pamiątkowa XI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 18—22 lipca 1911«. Księga ta, wydana pod redakcyą generalnego sekretarza Zjazdu, prof. Dr L. Brunera, obejmuje 698 stronic druku i zawiera oprócz sprawozdania z posiedzeń ogólnych i obrad wszystkich sekcyi, także ustawę i regulamin Zjazdów oraz wiadomość o Zjazdach poprzednich i sprawozdanie Delegacyi, przedstawione XI. Zjazdowi. »Księga« rozesłana zostanie wszystkim uczestnikom; ewentualne reklamacye przesyłać należy pod adresem Prof. Dr J. Nowaka (Kraków, św. Jana 20). Uczestnicy Zjazdu z zaboru rosyjskiego otrzymają »Księgę« nieco później przez jedną z warszawskich firm handlowych.

— »Nasze Zdroje« (Nr 24) donoszą, że ks. Dr Trzeciak, profesor petersburskiej Akademii duchownej, wygłosi w Petersburgu szereg wykładów o zdrojowiskach galicyjskich.

— O nabycie Żegiestowa stara się podobno konsorcyum, organizowane przez ks Pryslopskiego, grecko-katolickiego proboszcza w Żegiestowie. (»Nasze Zdroje« Nr 24).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. X. do 2. XI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (obcych 4 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej 3, płonicy 8 † — (9 † 3), odry 3 † — (1 † —), duru brzusznego 4 † 1 (3 † —), czerwonki 5 † — (2 † —), tężca — † — (1 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Urządzenie i organizacya Instytutu doświadczalnego Towarzystwa naukowego, którą kieruje doc. Dr Wł. Janowski, przewodniczący Rady naukowej i wiceprezes Towarzystwa, znajduje się w pełnym toku. W gmachu przy ul. Kaliksta, ofiarowanym przez J. hr. Potockiego, przeprowadzono już wszystkie adaptacye dla urządzenia pracowni: neuro-biologicznej (kierownik Dr Flatau), patologicznej (doc. Dr Wł. Janowski), chirurgii doświadczalnej (prof. Dr Kryński), fizyologicznej (Dr J. Sosnowski), antropologicznej (p. K. Stołyhwo), zoologiczno-embryologicznej (p. J. Tur), mineralogicznej i fizycznej. W dalszym ciągu ma być z czasem urządzona pracownia chemiczna i botaniczna. Koszt adaptacyi gmachu wynosił 27.000 rb.

— W szpitalu Ewangielickim utworzono ambulatoryum okulistyczne pod kierunkiem Dr Koziorowskiego, oraz zorganizowano prosektoryum i pracownię bakteryologiczną szpitalną pod kierunkiem Dr Kuligowskiego, b. asystenta prof. Wysokowicza w Kijowie. Kierownictwo ambulatoryum neurologicznego w tymże szpitalu objął Dr Jarecki. (»Gaz. lek.« 44).

— »Gazeta lekarska« (Nr 44) donosi, że na zebraniu internistów we Lwowie postanowiono odłożyć III. Zjazd internistów polskich na r. 1914 i poruszono sprawę utworzenia Towarzystwa internistów polskich, któreby zajmowało się stale urządzaniem zjazdów.

Z różnych stron. Posiedzenie Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 24. XI. s. s. wypełniło wykłady Dr L. Jastrzębskiego: »O najnowszych sposobach rozpoznawania skazy moczanowej«, Dr W. Zdanowicza: »Przypadek opadnięcia moczowodu« i prof. Dr S. Zaleskiego: »Spirydonowska woda mineralna z pod gór Uralskich«. Na porządku zaś dziennym XXI ogólnego posiedzenia Związku w d. 26. X. (8. XI.) znajdowały się wykłady p. Prawocheńskiego: »Współczesne poglądy na dziedziczność w krótkim ogólnym zarysie« i prof. Dr Zaleskiego: »Język międzynarodowy przy łóżku chorego«.

— O VII. Zjeździe balneologów austryackich w Meranie otrzymaliśmy komunikat, z którego przytaczamy następujące szczegóły: Zjazd zakończył się w tych dniach szeregiem wycieczek po zdrojowiskach i uzdrowiskach Tyrolu. Zarówno w nich, jak i w samych obradach, brali udział prócz członków Związku balneologów austryackich, przedstawiciele Towarzystw balneologicznych polskich, szwajcarskich, niemieckich, czeskich i włoskich, tak że zjazd miał poniekąd cechę międzynarodową. Zjazd sam był hołdem dla sędziwego Winternitza, któremu m. i. złożył życzenia Dr Zanietowski imieniem Polskiego Towarzystwa balneologicznego. Dr Zanietowski złożył Zjazdowi dotychczasowe wydawnictwa Towarzystwa, oraz opracowany przez siebie materyał o zdrojowiskach polskich wraz z ich mapą ścienną; obie rzeczy ukażą się drukiem w większem dziele, wydanem nakładem Ministerstwa spraw wewnętrznych. Po telegraficznem po-

rozumieniu się z prezydentem miasta Krakowa, Drem Leo, oraz z prof. Pareńskim, prezesem Tow. balneologicznego, zaprosił Dr Zanietowski uczestników na następny Zjazd do Krakowa. Prezesami honorowymi Zjazdu wybrano m. i. prof. Pareńskiego i Dra Zanietowskiego z Krakowa. Podczas Zjazdu i wycieczek wygłoszono około 30 odczytów i zwiedzono szereg zakładów leczniczych, oraz urządzeń higienicznych i sanitarnych. Z Polaków brali udział w Zjeździe pp. Zanietowski, Teodorowicz, Blassberg, Czop, Aronson, Oransz, Kindler, Wallach, Kwiatkowski, Binder, Żuliński i Flis; gościnne zgotowano im przyjęcie u p. Bardackiej (Sonnenhof) w Meranie, u pp. Mitkiewiczów (Quisisana) w Arco i u Dra Flisa w Gries, skąd wysłano telegramy do Polskiego Towarzystwa balneologicznego, Związku zdrojowisk i Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« z wyrazami solidarnej łączności. Główne odczyty na Zjeździe wygłosili: Prof. Winternitz, Prof. Strasser, Prof. Klein, Prof. Somme, Prof. Wiechowski, Prof. Glax, radca Diem, Dr Goldschmidt i Dr Zanietowski.

Mianowani: Doc. Pelnář w Pradze profesorem tytularnym.

Zmarli: Dr Stanisław Otto w Kielcach; Dr Jan Wróblewski w 73 r. ż. w Warszawie; znany internista prof. W. Ebstein w Göttingen; okulista prof. Dor w Bernie szw., chirurg prof. Segond w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Karwowski: Über den Einfluss gallensaurer Salze auf Gonokokken. Odb. »Dermatol. Wochenschrift« 1912. — S. S. Zaleski: Ochrana truda i profesionalnaja szkoła. Petersburg 1912. — Zbiór drukiem ogłoszonych prac radcy dworu Dr Ludwika Rydygiera, zw. profesora chirurgii. Lwów, 1912. str. XLIX.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1912:

Gazeta lek. Nr 40—43. Hertz i Stefan Sterling: O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej (40—43). — Cykowski (c. d. 40—42). — Dębiński: Parę uwag z powodu stosowania sztucznej odmy piersiowej u chorych, dotkniętych gruźlicą płucną (41).— Karwacki: Dyagnostyka spraw gruźliczych na mocy stwierdzania przeciwciał ogniskowych (43).

Medycyna i Kronika lek. Nr 40—43. Higier: Ostre porażenie wstępujące w przebiegu wścieklizny oraz kilka uwag w sprawie wodowstrętu poronnego (40—41). — Wacł. Sterling i Jermułowicz: Nowa metoda stosowania salwarsanu (40). — Lubliner: O leczeniu gruźlicy płuc i krtani zapomocą wprowadzania tlenu pod skórę (41). — Kopczyński: Praca umysłowa, a zawód lekarski (41). — Halpern: Kilka słów w sprawie leczenia dyetetycznego t. zw. artrytyzmu (42). — Trzciński: O leczniczej wartości salwarsanu (42—43). — Biehler R.: Przyczynek do badania trądu (43).

Tygodnik lek. Nr 41—44. Grek (dok. 41). — Reis (dok. 41). — Michałowicz: O mylnem uzależnianiu gorączki od sprawy gruźliczej u odżywianych »forsownie« dzieci gruźliczych (42—44). — Lenartowicz: Przypadek odosobnionej, pierwotnej rzeżączki dodatkowego przewodu prącia (42). — Penzias: O chorobie Recklinghausena (43—44).

Nowiny lek. Nr. 10. Mażylis: Przypadek krezki pierwotnej u noworodka z torbielowatem przekształceniem nerek. — St. Szuman: O pojęciu inteligencyi. — Steinborn: Nowoczesne leczenie kiły ze szczególnem uwzględnieniem salwarsanu. — Łazarewicz: Pochodzenie i rozpoznanie endometrytu. — Trzebiński: O teoryi Freuda i psychoanalizie. — Hewelke: Gimnastyka szwedzka w świetle nowoczesnej fizyologii.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt II. Tom VII.: Pietkiewicz: Wady wrodzone układu moczowego u kobiet. — Antecki i Zakrzewski: Pituitryna i jej zastosowanie w położnictwie.— Judt: Z nowych dróg w rentgenografii narządów moczowych.

(Dok. nast.).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 13. listopada 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Piltz: Przedstawienie chorych. 3) Doc. Mazurkiewicz: O asymetrycznych czynnościach półkul mózgowych. 3) Dyskusya nad wykładem Prof. Piltza.

Rok LI. Kraków, dnia 16. listopada 1912. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń

podała

Dr Ludwika Karpińska.

(Odczyt w Towarzystwie psychologicznem w Warszawie, oraz w gronie lekarzy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie).

(Ciąg dalszy).

Wspomniany przy pierwszym wyrazie z zaburzonego szeregu kojarzeń sposób kompleksowego reagowania na sygnał, t. j. brak wszelkiej reakcyi, jest nadzwyczaj ważnym i praktycznie przy analizie kojarzeń jednym z najdonioślejszych wskaźników kompleksu.

Wyraz, na który osoba badana nie reaguje, dotyczy zwykle kompleksów najistotniejszych, z którymi sobie i w życiu nie umie poradzić.

Sygnał	Reakcya	Odtworzenie
oczy ·	brak reakcyi	nie pamięta czy i jak reagowała
chory	»	» »
duma	»	» »
szyderstwo	»	» »

Badany, młody człowiek, jest chory na oczy (nerwica) i choroba ta jest tego rodzaju, że izoluje go od ludzi, podkopuje niemal całe jego istnienie i pozbawia możności pracy, gdyż czyni ją niemożliwą w obecności innych osób, izoluje go też towarzysko; »duma« jego cierpi bardzo nad tem, stara się on ukryć swoje cierpienie przed innymi, zwłaszcza z obawy »szyderstwa«. Choroba i wszystko, co się z nią wiąże, jest osią, około której kręci się całe jego życie wewnętrzne. Nie reaguje również przy wyrazie »pieniądz«, gdyż on dotyka drugiego rzędu co do doniosłości kompleksu, związanego zresztą z pierwszym; i tu osoba badana gubi się, nie wie, jak sobie radzić.

Wyliczone dotychczas zaburzenia w kojarzeniach, jako to: brak reakcyi, reakcyę niezwykłą w swej treści, przedłużenie czasu reakcyi i błędne odtwarzanie, musimy uważać za najważniejsze cechy kompleksowe, któremi zwłaszcza przy rozpoczynaniu doświadczeń kierować się musimy. W miarę zdobywania wprawy w analizowaniu występować dla nas będą wyraźnie inne jeszcze szczegóły kompleksowe, w których początkowo moglibyśmy się zgubić.

Przytoczę tu przykłady owych dalszych zaburzeń, wywoływanych przez kompleksy.

Przedewszystkiem kilka przykładów dla wskazania, w jaki sposób silne zabarwienie uczuciowe reakcyi krytycznej może ujawnić się w reakcyi pokrytycznej:

Sygnał	Reakcya	Czas r.
zapomnieć	trudno	4·2 sek.
las —	kowy	2·0 »
ręka	głaskać	5·4 »
budzić	budzik	2·2 »
zła	dumna	16·0 »
stół	muł	4·6 »

Pierwsza reakcya w tych trzech przykładach dotyczy kompleksu. Reakcye drugie wpadają jeszcze w obręb persewerującego, trwającego zabarwienia uczuciowego reakcyi poprzedzającej, co widać z trochę przedłużonego czasu reakcyi i z jej p o w i e r z c h o w n o ś c i. Tego rodzaju skojarzenia, jak »budzić — budzik« należą do językowo-ruchowych (sprachlich-motorische) kojarzeń; »las — kowy« do dopełnień wyrazów, a »stół — muł« do rymów. Jak już wspominałam na początku, przy celowo odwróconej od sygnału uwadze stwierdził Jung, że liczba językowo-ruchowych i dźwiękowych skojarzeń wzrasta: jeżeli uwaga słabnie. Jeżeli uwaga słabnie, to powierzchowność, płytkość skojarzeń wzrasta i wartościowość zmniejsza się. Jeżeli w doświadczeniach nad kojarzeniami bez sztucznego odwracania uwagi zjawiają się nagle uderzająco powierzchowne skojarzenia, to słusznem jest przypuszczenie, że nastąpiło chwilowe osłabienie uwagi. Przyczyny należy szukać w w e w n ę t r z n e m o d c i ą g n i ę c i u uwagi. Jeżeli według instrukcyi osoba badana powinna zwracać uwagę na doświadczenie i jeżeli uwaga jej zmniejsza się bez możności podania przyczyny zewnętrznej tego zjawiska, w takim razie musi istnieć przyczyna wewnętrzna tego odciągnięcia uwagi; przyczynę tę znajdujemy przeważnie przy tej właśnie lub poprzedzającej reakcyi. Zjawiła się myśl o silnem zabarwieniu uczuciowem (kompleks), który dzięki swemu zabarwieniu uczuciowemu osiągnął wysoki stopień wyrazistości w umyśle, lub, jeżeli jest wyparty, działa otamowująco na świadomość i przez to znosi na krótki czas lub osłabia działanie wyobrażenia kierowniczego, t. j. uważania na sygnał. Słuszność tego twierdzenia da się przeważnie bez trudności dowieść za pomocą analizy. Zjawisko powyższe ma więc dla nas znaczenie jako cecha, znamionująca kompleks. Ze stanowiska teoretycznego jest przytem, jak już wspominałam, ważne, że kompleks nie potrzebuje być świadomy. Nawet wyparty ze świadomości może podziałać otamowująco na nią przez

zahamowanie uwagi; innemi słowy może zahamować sprawność intelektualną świadomości (przedłużony czas reakcyi), uniemożliwić (brak reakcyi) lub obniżyć jej wartość (skojarzenie dźwiękowe).

Wspomnę jeszcze w kilku słowach o subtelniejszych jeszcze zaburzeniach, wywoływanych przez kompleksy; tak np. osoby badane czasem niedosłyszą sygnału lub powtarzają go raz lub kilkakrotnie np.:

Sygnał	Reakcya	Czas r.
1. głód	życia	12·6 sek.
2. biały	biały, światło	2·8 »
3. dziecko	dziecko, to krzyczące tu	1·4 »

W tym przypadku kompleks dotyczy głównie sygnału pierwszego, jakkolwiek i sygnał następujący (»biały«) łączy się u osoby badanej poprzez kojarzenia śniegu, zimy, całunu z poruszonym kompleksem życia i śmierci, który u niej jest bardzo silny. Dodam, że osoba badana jest chora na gruźlicę. Kompleksowe powtarzanie sygnału przechodzi i na reakcyę trzecią. To powtórzenie sygnału widzimy u tej samej osoby (z zakresu tegoż samego kompleksu śmierci), gdy przy sygnale »kołek« powtarza go i reaguje wyrazem: »trumna« (10 sek.). Wogóle powtarzania sygnału są u niej bardzo częste w miejscach krytycznych lub pokrytycznych i często też występują u jej siostry i matki.

Kompleksowem również jest przesłyszanie się co do sygnału, t. j. słyszenie innego, dźwiękowo podobnego wyrazu, który nieraz jest wyraźnie kompleksowym lub też tłomaczenie sygnału w reakcyi na język obcy. Zaburzenia te występują przy krytycznych lub pokrytycznych reakcyach. Pewna pani kojarzy:

Sygnał	Reakcya
narzeczony	czyj
zimny (słyszy »dziwny«)	głupi

Kompleksowym sygnałem był »narzeczony«. Przesłyszenie następuje wskutek perseweracyi.

W innych przypadkach przesłyszenie następuje wskutek zasymilowania sygnału w sensie kompleksu.

I tak pewien pan kojarzy:

Sygnał	Reakcya
stary (słyszy »stały«)	nietrwały

Panu temu zarzucają niestałość i skłonność do flirtu.

Inny pan, którego liczne skojarzenia tyczące materyalnych trudności, w jakich się znajduje, analizowaliśmy na początku, słyszy zamiast sygnału »brat« — »brak« i kojarzy »pieniędzy« w myśl trapiących go kłopotów materyalnych.

Dalej podejrzane jest powtarzanie w reakcyach tych samych wyrazów, a zwłaszcza pozornie przedmiotowo i nieosobiście brzmiących, jak: »ktoś«, »czyjś«, »człowiek«, »kiedyś«, »być« itd., za którymi kryje się zwykle całkiem osobisty sposób reagowania, np.:

Sygnał	Reakcya
bogaty	człowiek
głupi	człowiek
współczucie	u człowieka
niesprawiedliwy	człowiek
pogardzać	kim
rozstać się	z kimś
uważać	na kogoś
sprzeczać się	z kimś
kłamać	komuś
bać się	kogoś
całować	kogoś
narzeczona	czyjaś
zadowolony	z czegoś

(są to kojarzenia jednej i tej samej osoby).

Kompleksowem też jest powtarzanie nietylko tych samych wyrazów, lecz i tych samych form reagowania, jak w przykładzie następującym. (Wyrazy, nie oddzielone odstępami, następują po sobie).

Sygnał	Reakcya	czas r.	Odtwarzanie
przyjazny	jednocześnie wróg	5·0 sek.	+
stół	do pisania	5·0 »	+
grzeszyć	niema czem	4·0 »	głupstwo
chleb	do jedzenia	3·4 »	do jedzenia z masłem
bogaty	jednocześnie nic nie mający	4·4 »	+
drzewo	do jedzenia	2·3 »	do robienia rzeczy
umrzeć	jak najprędzej	4·0 »	komedya
sól	do jedzenia	2·3 »	słona
kochany	obojętny	5·2 »	niecenny
szklanka	do wody	2·6 »	do picia wody
sprzeczać się	ordynarnie	3·8 »	grubijaństwo
futro	do pokrycia	4·6 »	+
duży	wielki	8·6 »	piękny
marchew	do jedzenia	4·6 »	+

Są to kojarzenia tej samej młodej kobiety, której uczucia względem męża już analizowaliśmy. I tu reakcye kompleksowe obracają się koło tych samych uczuć, co poprzednio; kompleksy zdradzają się prócz treści reakcyi, przedłużonego czasu reakcyi i błędnego odtwarzania, w charakterystycznej definiującej formie reakcyi pokrytycznych. W swem zmieszaniu, zahamowaniu intelektualnem, wywołanem przez kompleksy, osoba badana ucieka się do formy reagowania, właściwej osobom umysłowo nisko stojącym.

Kompleksowem wreszcie jest reagowanie mimo uprzedniej wskazówki zapomocą zdań całych na sygnał. Tego rodzaju reagowanie bywa zwykłym objawem tylko u osób psychicznie chorych lub niewykształconych. Jeżeli osoby wykształcone, reagujące zwykle zapomocą jednego wyrazu, naraz zaczynają reagować całemi zdaniami, to wskazuje na to, że chodzi tu o kompleks. Ta cecha kompleksowa występować może zarówno w reakcyach krytycznych, jak pokrytycznych.

Taż sama osoba badana, o której mówiłam przed chwilą, reaguje na sygnał:

Sygnał	Reakcya
rodzina	nie potrzeba jej wcale na świecie

A wiemy już z analizy, że ten właśnie wyraz ogniskuje w sobie niejako cały kompleks.

Inna osoba badana, starsza panna, w której sercu wciąż jeszcze niezabliźnioną jest rana zawodu miłosnego, reaguje na:

Sygnał	Reakcya	Czas r.	Odtworzenie
drogi	o jej, już nie wiem kto, brat, swat	8 sek.	siostrzeniec

U tej samej osoby badanej znajdujemy następującą reakcyę:

Sygnał	Reakcya	Czas r.	Odtworzenie
stara	stara, stara, suknia	5 sek.	kobieta
kwiat	już znowu kwitnący	2 »	+

Tu dotknęliśmy bolesnego kompleksu zbliżającej się starości; sygnał »stara« nasuwa osobie badanej ją samą, niepowrotnie minioną młodość; nieobojętność tej treści zdradza się w reakcyi krytycznej zapomocą kilku nagromadzonych cech kompleksowych (powtarzania sygnału, przedłużony czas reakcyi i błędne odtwarzanie, dające wprost wyraz, zdradzający istotę kompleksu: stara — »kobieta« — ona sama) oraz w reakcyi pokrytycznej zapomocą reagowania zdaniem, które i w treści swej jest dostosowane do kompleksu: ona postarzała i nigdy już nie wrócą urocze dni młodości, tylko kwiaty kwitną nanowo z każdą wiosną: wiosna życia mija bezpowrotnie.

Wreszcie zwrócę uwagę przy zbieraniu kojarzeń na pewne »imponderabilia«, które trudno odtworzyć w opisie, a które dają nieraz cenne wskazówki przy analizie, mianowicie śmiech, rumieniec, ton głosu, zacinanie się i cała mimika osoby badanej.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Nowsze sposoby badania fizyologicznej czynności błędnika nie akustycznego i ich znaczenie praktyczne dla rozpoznania chorób błędnika i ośrodkowego układu nerwowego.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

R. Spira.

(Dokończenie).

Część II.

Praktyczne znaczenie wyników badania sprawności narządu przedsionkowego dla rozpoznania chorób A. błędnika, B. ośrodkowego układu nerwowego.

A. Co do sprawności błędnika, to może ona być 1) prawidłowa, 2) pobudzona, 3) zmniejszona, 4) zniesiona. Jak błędnik ma się zachowywać w stanie prawidłowym, wspomnieliśmy przy różnych próbach.

W stanie drugim istnieje silny zawrót głowy i nudności przy każdej zmianie położenia ciała, niemożność prostego trzymania się lub chodzenia, szczególnie z zamkniętemi oczyma, nieraz niemożność powstrzymania się od padania ku stronie chorej, samodzielne drżenie oczu ku tej stronie. Wszystkie próby wyżej wymienione wykazują powiększoną pobudliwość błędnika. Po obracaniu biernem występuje silniejszy zawrót głowy, nudności i nawet wymioty, wrażenie podmiotowe obrotu w stronę przeciwną i drżenie oczu trwa dłuższy czas, 40—60″. Jeżeli przedtem istniało samoistne drżenie oczu, to ono po obracaniu staje się znacznie silniejsze. Jeżeli to nie następuje, to można myśleć, że błędnik jest zniszczony, a drżenie oczu jest pochodzenia zabłędnikowego (z pnia n. przedsionkowego lub z jego ośrodków).

W stanach trzecim i czwartym może brakować objawów podmiotowych, a cierpienie daje się wykryć dopiero przez nieprawidłowe odczyny, otrzymane zapomocą różnych wyżej wymienionych sposobów badania. Zniesienie czynności błędnika wywołuje czasem tylko niepewność w staniu i chodzeniu i padanie może być tylko następstwem odruchu, powstałego dla uniknięcia upadnięcia ku przeciwnej stronie. Krótki czas po uszkodzeniu jednego błędnika istnieje ny. ku drugiej stronie i chory leży zawsze na zdrowym boku, gdyż wtedy dolegliwości podmiotowe są najmniejsze. Każdy ruch głowy powiększa ny. Stan taki trwa jednak tylko 2—3 dni, a potem ustępuje. Niektórzy otyatrzy sądzą, że narząd przedsionkowy zdrowy jednej strony może prawie zupełnie zastępować zniesioną czynność strony drugiej.

Zaburzenia równowagi, o ile można wyłączyć przyczynę nerwową, są zawsze dowodem podrażnienia lub porażenia jednego lub drugiego przewodu półkolistego. Obustronne zniszczenie błędników często nie wywołuje żadnych objawów. Mackenzie spostrzegał jednak zaburzenia równowagi przy staniu i prostolinijnym ruchu także w przypadkach z zupełnem obustronnem zniszczeniem błędnika, w których nawet przez obracanie nie można było wywołać zaburzeń równowagi. Przyczynę tego objawu upatruje Mackenzie w uszkodzeniu zakończeń nerwowych w woreczkach przedsionkowych. To się zgadza z teoryą Mach-Breuera, polegającą na tem, że percepcyę ruchów prostolinijnych przyznać należy właśnie tym woreczkom.

Zdaniem Heilskova objawy podmiotowe same, jak zawrót głowy, wymioty, zaburzenia równowagi, nie mogą mieć wielkiej wartości dla rozpoznania choroby błędnika, gdyż mogą one być pochodzenia nie błędnikowego, ale móżdżkowego. Podobnie samoistny ny. może wystąpić jako objaw podrażnienia przy ropnem zapaleniu ucha środkowego, w następstwie ucisku bez poważnego zajęcia błędnika.

Według Hautanta można sądzić o stopniu zajęcia błędnika według następujących wyników: 1) Ny kaloryczny +, próba przetokowa + = prosty ubytek w kostnej ścianie przedsionka. 2) Ny kaloryczny —, próba przetokowa + = silne porażenie zakończeń n. przedsionkowego. 3) Próba kaloryczna —, próba przetokowa — = zupełne zniszczenie tych zakończeń.

Barany sądzi, że zawrót głowy, występujący po urazie i trwający bez przerwy, ale z coraz mniejszem nasileniem, świadczy napewno o zniszczeniu narządu przedsionkowego. Gdzie zaś zawrót głowy występuje tylko napadowo z wolnemi przerwami, można zniszczenie to wyłączyć.

Alexander podaje dla określenia stopnia i okresu choroby błędnika natępującą formułę:

	Prawidłowo	I Okres początkowy	II Okres podrażnienia zapalnego	III Okres porażenia zapalnego	IV Okres końcowy	V Okres ubiegłego i wyleczonego ropienia rozlanego
Ny samoistny	o	ku obu stronom	ku stronie chorej	ku stronie zdrowej	ku obu stronom	o
Zawrót głowy	o	o	+	+	o	o
Zaburzenia równowagi	o	o	+	+	+	+
Pobudliwość	prawidłowa	prawidłowa	chorobowo powiększona	chorobowo zmniejszona	o	o
Zdolność słuchowa	+	+	+	o	o	o

Ruttin utrzymuje, że objawy podniecenia lub ubytkowe (Ausfallserscheinungen) ze strony narządu ślimakowego obok niedotknięcia narządu łukowatego, jak również odwrotnie ostre objawy podrażnienia lub niesprawności narządu przedsionkowego z niedotknięciem narządu ślimakowego wskazują na zabłędnikową siedzibę choroby; ostre zaś takie objawy równoczesne z jednego i z drugiego narządu częściej pochodzą z choroby śródbłędnikowej. Dla rozpoznania chorób błędnika podaje Ruttin oprócz odpowiednich wywiadów i zmian w słuchu następujące wskazówki:

Zapalenie ograniczone błędnika: Próba przetokowa ujemna, odczyn kaloryczny dodatni i ny. samoistny po obu stronach przy krańcowem bocznem ustawieniu gałek ocznych.

Rozlane surowicze następowe zapalenie błędnika: Ny. samoistny ku stronie zdrowej, odczyn kaloryczny brakujący lub słaby, próba przetokowa dodatnia.

Rozlane ropne zapalenie utajone błędnika: Brak pobudliwości błędnika na wszystkie bodźce, ny. samoistny po obu stronach, zależy od ustawienia oczu. Przy długotrwałem zupełnem zniszczeniu i zupełnem skostnieniu lub sekwestracyi błędnika może nastąpić wyrównanie przez błędnik drugiej strony i wskutek tego ny. poobrotowy, po obu stronach równy. Objaw ten tłumaczy Ruttin w ten sposób, że ny. tu niezależnie od kierunku rotacyi wywołany jest ze strony błędnika zdrowego, w którym przez wyrównanie ruchy endolimfy od szerokiego końca do wązkiego i odwrotnie stanowią równie silny bodziec.

Zresztą przemawia za sekwestracyą błędnika trójca objawów: zupełna głuchota, odczyny: obrotowy, kaloryczny, przetokowy — ujemne i porażenie n. twarzowego.

Część autorów nie przypisuje probie galwanicznej wielkiej wartości praktycznej, ponieważ prąd elektryczny działa także na zakończenia nerwowe w przedsionku i na sam pień nerwu, tak że próba może wypaść dodatnio mimo zniszczenia przewodów łukowatych. Inni zaś uważają odczyn galwaniczny za bardzo ważną wskazówkę rozpoznawczą, zwłaszcza w połączeniu z innemi próbami odczynowemi.

Babiński stwierdził, że w stanie podrażnienia błędnika prąd zwykły wywołuje odczyn znacznie silniejszy, nieprzyjemny, godzinami się utrzymujący. Równocześnie odczyn kaloryczny jest znacznie silniejszy. Przy zniszczeniu zaś błędnika zawrót galwaniczny jest znacznie słabszy i chory może znosić znacznie silniejszy prąd, niż zwykle. W przypadkach obustronnego zajęcia błędnika mogą ruchy głowy nie występować wcale nawet przy prądzie 15—20 MA.

W jednostronnem zajęciu błędnika czasem głowa przy elektryzowaniu pochyla się ku stronie chorej niezależnie od kierunku prądu, innym razem tylko ku stronie zdrowej, albo też głowa pochyla się ku chorej stronie, jeżeli tam znajduje się biegun dodatni, a przy odwróceniu kierunku prądu głowa pochyla się ku tyłowi. W obustronnem zajęciu błędnika głowa pochyla się przeważnie ku stronie więcej chorej.

Odmiany zawrotu galwanicznego idą często w parze z odmianami odczynu kalorycznego, jednakże nie zawsze. Babiński widział chorych z odczynem kalorycznym prawidłowym, u których badanie elektryczne stwierdziło uszkodzenie narządu przedsionkowego i odwrotnie można czasem znaleść jeszcze ślady zawrotu galwanicznego tam, gdzie już niema śladu odczynu kalorycznego. Takie przypadki można tłomaczyć tem, że błędnik już stracił całkiem pobudliwość kaloryczną, a zachował jeszcze część pobudliwości elektrycznej, albo też tem, że zawrót galwaniczny może w pewnych przypadkach być wywołany przez galwaniczne podrażnienie n. przedsionkowego poza błędnikiem.

Te odmiany odczynu galwanicznego mogą zdaniem Babińskiego dostarczyć bardzo cennych wskazówek dla odkrycia nawet lekkich zaburzeń sprawności błędnika i mogą mieć wielką wagę tam, gdzie chodzi o odróżnienie prawdziwej choroby usznej od poddawanej lub udawanej, w przypadkach sądowo-lekarskich lub dla orzeczenia znawców w przypadkach nieszczęśliwych i t. p.

Zdania Babińskiego, że często chory, niezależnie od kierunku prądu, pada stale ku stronie chorej, Barany nie potwierdza. Barany znalazł, że ny. występuje zawsze po stronie katody, odchylenie głowy w kierunku przeciwnym.

Mackenzie znajdował odczyn galwaniczny średnio przy prądzie 4 MA. W przypadkach z podrażnieniem błędnika drżenie oczu przy katodzie na chorej stronie występuje znacznie wcześniej, t. zn. przy prądzie słabszym niż zwykle. W przypadkach jednostronnego zniszczenia błędnika zauważa się silny ny. samoistny ku stronie zdrowej, brak odczynu kalorycznego po stronie chorej, znaczne osłabienie ny. poobrotowego po stronie chorej, słabszy i krótszy ny. galwaniczny po tej samej stronie. Jeżeli ny. przy katodzie na chorej stronie występuje dopiero przy 2—3 razy silniejszym prądzie, niż po stronie zdrowej, zakończenia n. przedsionkowego po chorej stronie już nie działają, a prąd galwaniczny pobudza tylko pień tego nerwu. W takich przypadkach próba kaloryczna po tej stronie wypadnie ujemnie.

Mackenzie doszedł do następujących wniosków: 1) Z faktu, że w największej części przypadków jednostronnego zniszczenia błędnika istnieje dodatni odczyn katody po tej stronie, wynika w tych przypadkach całość lub sprawność n. przedsionkowego po chorej stronie. 2) W przypadkach, w których odczyn katody wymaga po chorej stronie prądu 2—3 razy większego, niż po stronie zdrowej, należy przypuścić, że statyczne zakończenia nerwowe nie działają.

W przypadkach jednostronnie chorobowo powiększonej pobudliwości błędnika widział Mackenzie napady zawrotu obrotowego, zaburzenia równowagi, zwiększoną pobudliwość galwaniczną, objawiającą się w ten sposób, że wystarczał słabszy prąd z katodą na chorej stronie i z anodą na zdrowej stronie dla wywołania odczynu po stronie chorej. Z tego wynika, że nadmierna pobudliwość elektryczna przemawia zawsze za chorobowem podnieceniem odpowiedniej strony i że z siły prądu, potrzebnej do wywołania odczynu, można osądzić stopień chorobowego wzmożenia pobudliwości. W ten sposób odczyn galwaniczny daje nam doskonały środek do ilościowego badania pobudliwości błędnika statycznego, środek znacznie większej wartości, niż badanie zapomocą krzesła obrotowego.

Wyniki badań Mackenziego można streścić w następujący sposób:

W przypadkach jednostronnego zniszczenia błędnika znajdujemy: 1) jednostronną głuchotę 2) ny. samoistny po stronie zdrowej; po chorej stronie 3) ujemną pobudliwość kaloryczną, 4) bardzo osłabiony ny. poobrotowy, 5) słabszy ny. galwaniczny, 6) wybitne zaburzenia równowagi. W przypadkach z obustronnem zniszczeniem błędnika znajdą się: 1) zupełna głuchota, 2) ujemna pobudliwość kaloryczna, 3) ujemna pobudliwość na krześle obrotowem, 4) ujemna lub zmniejszona pobudliwość galwaniczna. W przypadkach z chorobową powiększoną pobudliwością błędnika: 1) napady zawrotu głowy, 2) słuch utrzymany, 3) dodatnia pobudliwość kaloryczna, 4) chorobowo powiększona pobudliwość na krześle obrotowem i 5) galwaniczna.

Wielkie znaczenie mogą mieć te próby, jeżeli chodzi o przedmiotowe stwierdzenie uszkodzenia ucha lub głowy w przypadkach sądowo-lekarskich, wypadkowych, ubezpieczeniowych i t. p.

Według Alta wykazanie uszkodzenia przedsionka jest ważne dla odróżnienia choroby zawodowej ucha od choroby wskutek wypadku. W pierwszej przeważnie część ślimakowa błędnika jest zajęta, część zaś przedsionkowa wyjątkowo tylko bywa dotknięta. Przeciwnie w chorobie urazowej błędnika, objawy ze strony przedsionka regularnie dają się wykazać. Alt zwraca także słusznie uwagę na to, żeby tam, gdzie chodzi o orzeczenie znawcy, badanie kilka razy powtarzać i nigdy nie wykonywać go po obu stronach w tym samym dniu.

Jeszcze ważniejsze usługi mogą nam oddać te bada-

nia, jeżeli po urazie w głowę, uderzeniu lub upadnięciu należy rozstrzygnąć, czy dolegliwości nerwowe, na które uszkodzony narzeka, istnieją w rzeczywistości, czy są tylko udane. Oprócz badania głowy i ucha co do uszkodzeń zewnętrznych i słuchu może badanie czynności narządu równowagi znacznie przyczynić się do odróżnienia chorego od zdrowego. Jeżeli np. chory narzeka na zawrót głowy, można przedmiotowo przekonać się o prawdziwości jego skarg przez sztuczne wywołanie lekkiego napadu, jeżeli 1) przez szybkie pochylenie, nagłe poruszenie głowy, jednorazowe obrócenie występuje ny., albo jeżeli w każdym napadzie zawrotu głowy występuje regularnie ny., lub jeżeli istnieje napadowo występujący ny. samoistny, 2) przy próbie kalorycznej występuje gwałtowny odczyn w postaci drżenia oczu, zawrotu głowy, względnie i upadnięcia, zapadu i inne objawy nerwowe.

Rhese widział po wstrząśnieniu głowy u osób z utrzymaną pobudliwością układu łukowatego przy kalorycznem podrażnieniu błędnika w największej części przypadków znaczne przyspieszenie tętna, zaczerwienienie się i blednięcie twarzy, wystąpienie czerwonych plam na twarzy i na piersiach, czasem i poty. Stan ten trwa kilka minut, potem następuje osłabienie, stan zapadowy, zwolnienie tętna. Ponieważ osoby nerwowe mogą na takie podrażnienie oddziaływać w równy sposób, należy się przekonać, czy odczyn ten występuje tylko po podrażnieniu jednej strony, a jeżeli występuje po obu stronach, to czy jest wybitna różnica w stopniu odczynu między jedną a drugą stroną. Zupełnie równy odczyn po obu stronach może być skutkiem ogólnej nerwowości, wielka zaś różnica między jedną a drugą stroną przemawia za zajęciem błędnika, a zatem za uszkodzeniem śródczaszkowem.

Jeżeli odczyn po obu stronach jest bardzo silny i badany sprawia potem przez dłuższy czas wrażenie cierpiącego, należy również przypuścić uszkodzenie błędnika, gdyż u nerwowych odczyn zwykle trwa krótko i rychło mija.

Zupełny brak ny. ma doniosłe znaczenie, gdyż można z tego wnosić o silniejszem uszkodzeniu organicznem, o ile uraz był dość silny, by je wywołać i o ile można udowodnić, że przedsionek przed urazem był zupełnie zdrowy i oddziaływał prawidłowo. Jeżeli mimo wielokrotnych prób kalorycznych nie można wywołać zawrotu głowy, to można stwierdzić, że badany niema skłonności do zawrotu.

Berlstein wykrył w przypadkach nerwicy urazowej obok skrócenia przewodnictwa kostnego dla dźwięków, większego po stronie urazu, samoistny ny. po obu stronach, wystąpienie ny. samoistnego przy szybkich ruchach głowy, znacznie wzmożoną pobudliwość narządu przedsionkowego na bodźce kaloryczne, ruchowe i galwaniczne i wystąpienie bardzo silnych objawów podmiotowych podczas odczynu. Badani pocą się nadmiernie, doznają uczucia bardzo silnych zawrotów głowy, nudności, wymiotów i zaburzeń naczynio-ruchowych, jak blednienie i czerwienienie się naprzemian, przyspieszenie i napięcie, to malenie tętna.

Wszystkie te objawy, występujące w czasie badania narządu łukowatego, czynią prawdopodobnem twierdzenie badanego, że cierpi na zawroty głowy. Brak zaś tych objawów usprawiedliwia podejrzenie udawania.

B. Dalsze badania i spostrzeżenia wykazały, że odczyny narządu przedsionkowego mogą mieć wielkie znaczenie rozpoznawcze także w chorobach ośrodkowego układu nerwowego. Już oddawna wiadomo, że w móżdżku znajduje się inerwacya mięśni kończyn, że w chorobach móżdżku występuje zawrót głowy, zataczanie się, czasem i ny. i bezład. Jeszcze Flourensowi powiodło się stwierdzić, że przy uszkodzeniu różnych części układu nerwowego ośrodkowego występują podobne zaburzenia równowagi, jak przy uszkodzeniu przewodów łukowatych. Wystąpienie zezu i różnych ruchów oczu po drażnieniu mechanicznem i elektrycznem i po uszkodzeniu różnych części móżdżku wywołali Magendie (1824), Hitzig (1874), Schwan (1878), Ferrier, Prevost, Högyes (1881) i inni.

Klinicznie można poznać taką chorobę w pewnych przypadkach już po zachowaniu się drżenia oczu. Ny. samoistny jest zwykle objawem podrażnienia błędnika i ustaje po zniszczeniu tegoż. Jeżeli zaś ny. mimo zniszczenia błędnika utrzymuje się, wtedy musi on być pochodzenia śródczaszkowego. I tak Neumann znachodził często w ropniach móżdżku ny pochodzenia móżdżkowego. Neumann sądzi, że ny. samoistny w następstwie organicznego zapalenia błędnika skierowany jest ku stronie chorej. Jeżeli zapalenie ucha wiedzie do utraty pobudliwości narządu przedsionkowego, ny. zmienia kierunek ku stronie przeciwnej, gdzie się utrzymuje aż do zupełnego zniszczenia błędnika. Jeżeli zaś błędnik po jednej stronie jest przez chorobę całkiem zniszczony, lub przez operacyę wyłuszczony, a ny. utrzymuje się mimo to dalej po tej samej stronie, to należy przypuścić zajęcie móżdżku po tej stronie.

Rzeczywiście Neumann i Barany spostrzegali, że w takich chorobach jednostronnych błędnika, w których zwykle odczyny po tej stronie wypadają ujemnie, mogą one okazać się dodatnimi, jeżeli po tej stronie jest ropień móżdżku. Zdaniem Ruttina objaw ten należy tłomaczyć w ten sposób, że istnieją między jądrem nerwu przedsionkowego a móżdżkiem włókna hamujące odczyny błędnikowe. Jeżeli przez jakąś sprawę chorobową włókna te tracą swoją sprawność, pobudliwość przedsionka po tej stronie nabiera przewagi i stąd drżenie oczu ku chorej stronie.

Babiński stwierdzał odmienne oddziaływanie ucha na prąd elektryczny w chorobach móżdżku. Sądzi on, że zboczenia te mogą przyczynić się do rozpoznania pewnych spraw chorobowych układu nerwowego ośrodkowego i należą do najwcześniejszych objawów przedmiotowych nowotworów w moście i móżdżku. Zasługują one zatem na uwagę nietylko lekarzy otyatrów, lecz niemniej neurologów i lekarzy znawców.

Według prawa Baranyego kierunek padania przy próbie Romberga podczas drżenia oczu zależy od kierunku drżenia oczu i ułożenia głowy (p. wyżej). Barany wykazał, że jeżeli istnieje choroba móżdżku, rzecz ma się inaczej. Chory z ny. na lewo, pada na lewo albo ku tyłowi, i położenie głowy pozostaje bez wpływu na kierunek padania. Różnica między ny. przedsionkowym, a móżdżkowym, leży właśnie w tem, że pierwszy jest w pewnym stosunku do kierunku zataczania się, w drugim takiego stosunku niema.

Na podstawie rozumowań anatomicznych i fizyologicznych i spostrzeżeń klinicznych określa Barany jako źródło przedsionkowych ruchów odczynowych głowy jądro Deitersa, jako źródło ruchów odczynowych ciała korę móżdżku.

W ten sposób udawało się Baranyemu rozpoznać nietylko zmianę móżdżku samą, ale także stronę, po której zmiana się usadowiła. Jeżeli przy ny., wywołanym z jednego ucha, można przez zmianę ułożenia głowy wywoływać padanie ku pewnej zamierzonej (upatrzonej) stronie, przy ny. zaś, wywołanym z drugiego ucha, takiego wpływu ustawienia głowy na kierunek padania niema, to można przyjąć ognisko w móżdżku tej drugiej strony. Przyczyna ta leży w zmianach robaka móżdżkowego, które wywołują zaburzenia równowagi.

Barany tłómaczy to w ten sposób: Jeżeli u zdrowego przez skręcenie głowy kierunek padania się zmienia, mimo że ny. jest taki sam, to musimy przypuścić inerwacyę innych mięśni kończyn przez podrażnienie mięśni i stawów szyi przy skręceniu głowy. Inerwacya dośrodkowa, wychodząca z mięśni i stawów szyi, musi na pewnym punkcie mózgu złączyć się z inerwacyą, wychodzącą z przewodów łukowatych i wspólnie z nią działać. Barany przypuszcza, że włókna rdzeniowo-móżdżkowe spotykają się w korze móżdżku z włóknami n. przedsionkowego. W ten sposób pewien połączony jest z pewną inerwacyą mięśni ciała. Przy skręcaniu głowy powstaje inerwacya innego włókna

dośrodkowego wywołująca inerwacyę, innego włókna odśrodkowego. Barany sądzi, że mechanizm ten ma siedzibę w korze robaka, która według Nothnagla i innych badaczy jest w związku z równowagą ciała. Przez zmiany w tem miejscu mechanizm ten ulega uszkodzeniu i wpływ położenia głowy na kierunek padania odpada.

Cechujące zmiany znajdowano także w nowotworach n. słuchowego. Berlstein widział w takich przypadkach obok zupełnej głuchoty brak odczynu przedsionkowego na wszystkie bodźce po stronie chorej, wzmożoną pobudliwość na bodźce kaloryczne po stronie zdrowej i zgodnie z teoryą Ruttina o odpadnięciu włókien hamujących, samoistne drżenie oczu ku stronie chorej, kierunek padania po stronie chorej niezależny od ustawienia głowy.

Dalsze badania i spostrzeżenia doprowadziły Baranyego do przyjęcia innych ośrodków w mózgu na podstawie badań odczynów ze strony narządu przedsionkowego. Jeżeli się pokazuje zdrowemu pewien punkt i każe mu się wskazać punkt ten końcem palca przy zamkniętych oczach, to zwykle badany wskaże ten punkt mniej więcej dobrze. Jeżeli badany ma równocześnie drżenie oczu, wtedy zbacza palcem w bok do pewnej odległości. W celu mierzenia stopnia odchylenia przy takich próbach pokazania (Zeigerversuch) ręką, ramieniem lub nogą, podał Barany osobny przyrząd. Przyrząd ten składa się z płyty 5 cm szerokiej i 50 cm długiej, zgiętej w postaci półkola wymiaru 80 cm i opatrzonej podziałką ze znakami w odległości każdych 5 ctm. Tę płytę trzyma się przed badanym, który ma palcem ręki lub nogi dotknąć punkt środkowy, zaznaczony jako zero. Potem oddaliwszy rękę ma badany przy zamkniętych oczach punkt ten jeszcze raz pokazać. Okazuje się, że badany podczas samoistnego lub sztucznie wywołanego drżenia oczu nie trafia dobrze i wskazuje na punkt, mniej lub więcej od zera oddalony, i to oddalenie można mierzyć na podziałce przyrządu. Dla mierzenia stopnia odchylenia podczas poziomego drżenia oczu trzyma się przyrząd poziomo przed badanym, podczas pionowego drżenia oczu przyrząd trzyma się przed badanym w kierunku pionowym, podczas ny obrotowego w kierunku pionowym po jednej stronie badanego. Barany stwierdził, że zboczenie przy pokazaniu następuje zawsze w kierunku przeciwnym kierunkowi drżenia oczu. Jeżeli jest ny. obrotowy na prawo, to prawe ramię zbacza ku górze, lewe ku dołowi. Można także zboczenie to badać w stawie nadgarstkowym, jeżeli się opiera przedramię np. na poręczy krzesła. Przytem można badać w ustawieniu ręki grzbietem ku górze, albo na dół. Dalej bada się z głową ustawioną prosto, jakoteż na prawo lub na lewo pochyloną.

Zbaczanie to zależy od przedsionkowej inerwacyi mięśni ramienia. Chodzi o to, skąd inerwacya ta wychodzi. Otóż spostrzeżenia Baranyego dowiodły, że zboczenia takiego niema w pewnych chorobach móżdżku i doprowadziły do wniosku, że w korze móżdżku znajdują się osobne ośrodki inerwacyjne dla różnych stanów, kierunków i ułożenia kończyn. Jeżeli istnieje zmiana w korze móżdżku i jeden z tych ośrodków stracił swoją sprawność, to zboczenie odpowiedniej kończyny podczas drżenia oczu ku stronie przeciwnej odpada i badany pokazuje trafnie, jak bez drżenia oczu. W ten sposób mamy wskazówki dla rozpoznania zmian w móżdżku i dla oznaczenia strony zajętej.

Inny ważny szczegół, przemawiający za taką siedzibą tych ośrodków, polega na spostrzeżeniu, że w świeżych przypadkach ropnia w móżdżku i prawdopodobnie urazu móżdżku chory bez drżenia oczu, a więc samodzielnie nie pokazuje trafnie, lecz ze zboczeniem ku stronie chorej.

Podobnie, jak w chorobach robaka występuje samoistnie padanie ku stronie zajętej, tak zbaczanie kończyny przy próbie pokazania jest cechą choroby kory móżdżkowej. Barany tłomaczy to tem, że zboczenie to wywołane jest podrażnieniem tego samego ośrodka, którego zniszczenie wywołuje niemożność zboczenia ku tej stronie podczas drżenia oczu. Jak w chorobach robaka brakuje prawidłowego odczynu padania, tak w chorobach móżdżku odpada prawidłowe zboczenie kończyny przy próbie pokazania.

Dalszym dowodem, że inerwacya ta wychodzi od móżdżku, jest okoliczność, że zboczenie to zmienia się nawet u zdrowych przy zmianie ułożenia głowy, podobnie jak zaburzenie równowagi. Jeżeli przy ny. na lewo badany chyli głowę o 90° na lewo, wtedy nie pokazuje palcem na prawo, lecz ku górze. Przy głowie zaś pochylonej na prawo palec zbacza ku dołowi. Dla tłomaczenia tego zjawiska należy przyjąć w korze móżdżkowej podobny mechanizm, jak w korze robaka.

Lecz nietylko zmiana pobudzeń stawów głowy i szyi może wywoływać zmianę w zboczeniu przy równem podrażnieniu narządu łukowatego, lecz także pobudzenie narządu otolitów samo może to sprawić. Człowiek z ny. na lewo pokazuje na prawo także w ułożeniu poziomem na wznak. Jeżeli się teraz położy na bok lewy, drżenie oczu się nie zmienia i także ułożenie głowy wobec reszty ciała pozostaje niezmienionem. Mimo to zmienia się kierunek zboczenia palca przy pokazywaniu. Objaw ten można tu odnieść tylko do zmiany inerwacyi narządu otolitów.

Barany próbował także wyłączyć metodą Trendelenburga czasowo czynność pewnej części kory móżdżkowej przez zraszanie zimną wodą albo zadziałanie chlorku etylu. Wybrał w tym celu osoby, u których po operacyi móżdżek był pokryty tylko oponą twardą i cienką skórą. Przytem występowały różne zboczenia kończyn, odbiegające od prawidła w próbie pokazania.

Zapomocą takich prób i doświadczeń udało się Baranyemu wykazać ośrodek dla ruchu ramienia na wewnątrz w korze móżdżkowej tuż za przyczepem małżowiny usznej, ośrodek dla ruchu ramienia na zewnątrz 5 cm. za tym przyczepem i ośrodek dla ruchów ręki w stawie nadgarstkowym w tej części móżdżku, która leży naprzeciw tylnej ściany kości skalistej, poza otworem przewodu wewnętrznego ucha.

W 2 przypadkach stwardnienia rozsianego znalazł Ruttin: 1) ny. samoistny, ku stronie chorej silniejszy; 2) obustronne równoczesne płukanie ucha zimną wodą wywołuje ny. ku stronie chorej silniejszy; 3) na przemian raz sprawność, raz niesprawność błędnika ślimakowego i przedsionkowego; 4) padanie ku stronie chorej, niezależnie od kierunku ny. i od ustawienia głowy; 5) w jednym przypadku stała głuchota jednostronna.

Po wyłączeniu histeryi, nowotworu i wodogłowia wnosi Ruttin, że chodzi w tym przypadku a) o ognisko stwardnienia w obrębie pnia n. słuchowego, a wnosi to na podstawie objawu trzeciego; częsta zmiana między czynnością a porażeniem różnych nerwów i odcinków nerwowych należy bowiem do typowego obrazu tej choroby; taksamo niezgodność objawów przedmiotowych braku czynności błędnika z brakiem objawów podmiotowych (zawrót głowy, wymioty) przemawia za tą chorobą, w której podobne objawy mamy w obrębie mm. ocznych; b) o ognisko w móżdżku; za tem przemawiają objawy 1, 2 i 4. Objawy pod 1 i 2 tłomaczy Ruttin, jak już wyżej podano, przerwaniem włókien hamujących między jądrem n. przedsionkowego a móżdżkiem. Objaw zaś czwarty tłómaczy się według Baranyego zniszczeniem ośrodka, w którym schodzą się włókna od jądra Deitersa z włóknami czuciowemi od stawów szyi. Objaw piąty należy tłómaczyć dalszym postępem choroby po tej stronie i mniejszą odpornością n. ślimakowego w porównaniu do n. przedsionkowego.

W ten sposób zyskaliśmy cały szereg wskazówek, które na podstawie zboczeń sprawności narządu statycznego pozwalają obok innych objawów rozpoznać choroby móżdżku. I tak znajdujemy tu zwykle samoistny ny. ku stronie chorej, wzmożoną pobudliwość błędnika nieakustycznego po tej stronie, padanie ku tej stronie niezależnie od kierunku drżenia oczu i ustawienia głowy obok braku ob-

jawów podmiotowych (zawrót głowy, nudności i t. p.), zboczenie w odczynie pokazywania ręką, lub ramieniem.

Jak Barany sądzi, przyjdzie czas, kiedy nietylko przypadki podejrzane co do choroby móżdżku, lecz każdy przypadek neurologiczny będzie musiał być poddany tym metodom badania, które zajmują tu podobnie ważne miejsce, jak badanie odruchów ścięgien lub źrenicy.

Że z badań sprawności narządu przedsionkowego możemy zyskać wskazówki dla rozpoznania także chorób innych części układu nerwowego, dowodzą następujące doświadczenia:

Babiński spostrzegał, że przy galwanizowaniu ucha oddziaływanie w postaci ruchów głowy nie występuje, albo występuje dopiero przy znacznie silniejszym prądzie w obustronnem zajęciu błędnika statycznego. Podobną zwiększoną odporność na prąd spostrzegał w nowotworach śródczaszkowych, połączonych z obrzękiem mózgu i ze zwiększeniem parcia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Rhese pisze, że czasem możemy zapomocą odczynów przedsionkowych stwierdzić ognisko chorobowe w mózgu, którego bez nich nie możnaby rozpoznać. Rhese opisuje przypadek, w którym po wystrzykaniu ucha tylko uszkodzonej strony, jak również po obracaniu ku tej stronie, powstał typowy napad kurczowy w obrębie początkowo n. twarzowego, następnie n. dodatkowego, później po całej stronie uszkodzonej i nakoniec całego ciała, połączony ze zboczeniem oczu w jedną stronę (deviation conjugée). Rhese sądzi, że tym przypadku uraz wywołał wybroczynę w korze mózgowej strony przeciwnej, ognisko to było jednak za małe, by wywołać objawy podrażnienia, które powstały dopiero po dołączeniu się podrażnienia przedsionkowego.

Barany spostrzegał w pewnych chorobach napad drżenia oczu z zawrotem głowy przy nagłem pochyleniu głowy ku tyłowi, ku przodowi, na prawo, lub na lewo. Napad trwał $^1/_2$ minuty. Kierunek ny. do pewnego stopnia zależy od kierunku ruchu głowy. I tak pochylenie na prawo wywołuje ny. obrotowy na prawo, pochylenie na lewo ny. obrotowy na lewo. Taksamo obracanie lub siadanie z położenia na wznak wywołuje ny. obrotowy. Objaw ten występuje nietylko w samych chorobach ucha wewnętrznego, ale także w wielkim szeregu chorób śródczaszkowych z udziałem narządu przedsionkowego, jak w stwardnieniu rozsianem, w nowotworach mózgu, w ostrem zapaleniu mózgu, w zapaleniu kiłowem opon mózgowych, w zatruciu nikotyną, alkoholem, lecz tylko wtedy, jeżeli nie doszło jeszcze do zupełnego zniszczenia narządu łukowatego. Praktyczne znaczenie tych napadów leży w tem, że 1) zawroty głowy, podawane przez chorego, dają się przez sztucznie wywołany ny. sprawdzać przedmiotowo; 2) po sile i kierunku ny. można wnosić o siedzibie choroby po prawej lub lewej stronie. Jeżeli np. choroba usadowiła się po stronie prawej, pochylenie głowy na prawo wywołuje znacznie silniejszy ny., niż pochylenie na lewo. Czasem pochylenie głowy ku zdrowej stronie wcale ny. nie wywołuje i wtedy pochylenie ku tyłowi wywołuje przeważnie także ny. ku stronie chorej.

Berlstein otrzymywał w pewnych chorobach mózgowych przy odczynie kalorycznym zamiast drżenia oczu zboczenie obu gałek ocznych (deviation conjugée), między innymi u chorych na porażenie nadjądrowe.

Inna teorya Baranyego tyczy się ośrodka dla inerwacyi przedsionkowej w korze mózgowej. Barany spostrzegł, że badany, który podczas ny. przy pokazywaniu pewnego punktu odchyla rękę ku stronie przeciwnej, przecież mając pokazać własny swój nos, trafia dobrze bez odchylenia. Fakt ten tłómaczy Barany tem, że inerwacya przedsionkowa zostaje poprawiona przez korę mózgu. Barany sądzi, że czynność ta następuje za pośrednictwem ramion łączących (brachia conjunctiva), przebiegających od kory móżdżku przez jądro czerwone do kory mózgu. Z tego wynika, że w przypadku atetozy połowiczej, gdzie według obecnego stanu nauki przypuszcza się przerwanie tych »ramion łączących« z jednej strony mózgu, taka poprawa inerwacyi móżdżkowej musi być niemożliwa, zatem powinno przy wskazywaniu nosa podczas drżenia oczu wystąpić podobne odchylenie ręki, jak przy wskazywaniu innego punktu poza ustrojem. Przypadek chciał, że Barany trafił na takiego chorego, u którego przypuszczenie to zupełnie się sprawdziło.

W ostatnim czasie podał Barany na zgromadzeniu niemieckiego Towarzystwa otologicznego w Hanowerze w maju 1912 nowy zbiór objawów, który spostrzegał w 30 przypadkach, a mianowicie: Przy prawostronnem zajęciu znajdują się: 1) ból głowy w prawym tylnym dole czaszkowym, szczególnie za uchem; 2) wrażliwość wyrostka sutkowego na ucisk; 3) napady zawrotu głowy; 4) obniżenie pobudliwości kalorycznej po prawej stronie; 5) upośledzenie słuchu po tej samej stronie przyrody nerwowej; 6) szum w uchu po tej stronie; 7) samoistne odchylenie na zewnątrz, to jest na prawo, przy próbie wskazywania w stawie nadgarstkowym prawym dłonią na dół; 8) brak odczynu pokazania na wewnątrz (na lewo) w prawym stawie nadgarstkowym dłonią na dół przy ny. na prawo; 9, 10 i 11) w niektórych przypadkach obniżenie liczby tętna i odruchu rogówki po prawej stronie i objawy mostowe po stronie prawej.

Jako dalsze szczegóły zaznaczyć należy: a) nagły początek, dobrowolne wahania i względnie nagłe znikanie wszystkich objawów chorobowych; b) stosunek tej choroby do migreny i padaczki; c) stosunek jej do przeważnie już wyleczonego zapalenia ropnego ucha środkowego prawego; d) wpływ leczniczy, względnie uleczalność wszystkich objawów przez nakłucie lędźwiowe, odsłonięcie opony twardej, względnie, jako »ultimum refugium«, przez nacięcie opony twardej w obrębie prawego tylnego dołu czaszkowego od strony wyrostka sutkowego.

Za przyczynę uważa Barany ograniczone nagromadzenie się płynu w t. zw. zbiorniku mostowym (cisterna pontis) w kącie mostowo-móżdżkowym. Do takiego nagromadzenia się płynu może przyczynić się silne spłaszczenie tylnego dołu czaszkowego, czasowe zaniknięcie otworu Magendiego, prawdopodobnie zlepienie pajęczynówki z oponą naczyniową wskutek surowiczego zapalenia opon mózgowych.

Połączenie objawów usznych ze wskazaniem ręką w stawie nadgarstkowym na zewnątrz najprawdopodobniej zależy od położenia módżkowego ośrodka dla ruchów ręki na wewnątrz w obrębie zbiornika kąta móżdżkowo-mostkowego. Porażenie tego ośrodka wskutek zwiększonego parcia w zbiorniku wywołuje samoistne odchylenie ręki na zewnątrz i brak odczynu pokazania na wewnątrz. Tego dowodzą przypadki, w których nacięto tę część móżdżku po operacyi na błędniku, poczem spostrzegano odosobnione odchylenie ręki w stawie nadgarstkowym chorej strony na zewnątrz.

Jeżeli ten zbiór objawów wyleczy się bądź to samodzielnie, bądź przez wymienione wyżej zabiegi, to ustępuje ból i zawrót głowy, upośledzenie słuchu, szum w uchu i odchylenie w pokazywaniu często w przeciągu kilku dni. Do stanu prawidłowego może w starszych przypadkach słuch nie powrócić wcale, albo tylko bardzo powoli. Nawrotom choroby nie można zapobiedz, zdarzają się one jednak nie często i w większych tylko odstępach czasu. W jednym przypadku spostrzeżono przeniesienie się choroby na drugą stronę. Połączenie z histeryą nie jest rzadkie. Zdarzają się także przypadki szczątkowe, w których brak jednego albo drugiego objawu.

Pod wpływem używania alkoholu niezawsze spostrzegano u ludzi samoistne drżenie oczu, jakie Ruthfeld widział u królików. Berlstein miał sposobność kilkakrotnie badać chorych zatrutych wyskokiem w sposób ostry i przewlekły i nie zauważył zmian w kierunku odczynów przedsionkowych, ani nie spostrzegał w takich przypadkach nigdy samoistnego drżenia oczu.

Rothfeld zaś spostrzegał często u alkoholików drżenie oczu przy szybkich ruchach i samoistne.

Dla zupełności dodać należy, że Morian znalazł na

materyale klinicznym przy zatruciu wyskokiem zmiany przedewszystkiem w gałęzi ślimakowej i zwiększenie pobudliwości gałęzi przedsionkowej. Żytowicz zaś stwierdził u królików zwyrodnienia gałęzi ślimakowej i przedsionkowej, u ludzi natomiast spostrzegał zmniejszenie pobudliwości gałęzi przedsionkowej.

Krankheit und soziale Lage. Herausgegeben von Prof. Dr Mosse und M. Tugendreich (Berlin). München, J. F. Lehmann's Verlag. 1912. Zeszyt II, str. 262 (233 do 495) (Cena 6 marek).

Zdając przed kilku miesiącami (»Przegląd lekarski« 1912. Nr 20. str. 365) sprawę z pierwszego zeszytu zbiorowemi siłami opracowanego dzieła: »Choroba a położenie społeczne«, starałem się pokrótce określić charakter tego wydawnictwa, będącego poniekąd podręcznikiem »patologii i terapii socyalnej«, a obejmującego znaczną część tego od niedawna wyodrębniającego się działu nauk, który niezbyt trafnie nazwano higieną społeczną. Wtedy też podniosłem zalety i wady całego przedsięwzięcia, o ile one już w pierwszych rozdziałach dzieła się zarysowały. Ponieważ zaś w dalszej części książki tej powtarzają się tesame dobre i złe strony, przeto nie potrzebuję ich tu nanowo rozpatrywać; to tylko jedno należy zauważyć, że w 6 rozdziałach, wypełniających zeszyt drugi, mniej się odczuwa różnice w zastosowaniu się poszczególnych autorów do potrzeb czytelnika, a przynajmniej czytelnik-lekarz mniej spotyka rzeczy, sobie już poprzednio znanych, i więcej może stosunkowo znajduje drogowskazów w wycieczkach na nieznane sobie pola zagadnień socyologicznych.

Pod względem układu ma większość rozdziałów, zawartych w drugim zeszycie, tę wyższość nad treścią zeszytu pierwszego, że są zaopatrzone przy końcu w rekapitulacyę przedmiotu i w treściwie ujęte wnioski, do których autor doszedł.

Zeszyt drugi rozpoczyna się rozdziałem (szóstym w księdze): »O wpływie położenia socyalnego na chorobowość i śmiertelność kobiet«, napisanym przez Dr Weinberga ze Stuttgardu. Po wstępnych uwagach o metodzie badań, przechodzi autor ten kolejno: statystykę chorobowości i śmiertelności kobiet w porównaniu z mężczyznami, społeczne różnice śmiertelności po miastach i na wsi, stosunek położenia socyalnego do płodności kobiet, wpływ ciąży i połogu na śmiertelność, wpływ rozmaitych chorób, przyczem szczegółowiej rozpatruje ze społecznego punktu ważne zagadnienie wpływu gruźlicy na ciążę i poród, a w końcu roztrząsa sprawę pracy zarobkowej kobiet i ochrony robotnic.

Bardzo zajmujące są dwa następne rozdziały, pióra Dr Tugendreicha, dyrektora »Opieki nad niemowlętami« w Berlinie i Dr Fürsta, lekarza szkolnego w Hamburgu, a dotyczące wpływu czynników socyalnych na wiek dziecięcy. Tugendreich dochodzi do wniosku, że karmienie piersią chroni oseski od rozmaitych wpływów szkodliwych w stopniu tak znacznym, iż ten wpływ ochronny przeważa nawet nad ujemnym wpływem ubóstwa. Położenie społeczne matek przeszkadza jednakże bardzo często w karmieniu piersią, a przynajmniej w karmieniu przez czas dostatecznie długi. U dzieci zaś, karmionych sztucznie, zaznacza się wybitnie ujemny wpływ ubóstwa na chorobowość i śmiertelność. Zdanie to Tugendreicha, oparte na zbadaniu stosunków panujących w Niemczech, zapewne nie dałoby się sprawdzić u nas z wyjątkiem ognisk przemysłowych, gdzie zarobkowanie kobiet, ujęte w kleszcze wielkiego przemysłu, niewątpliwie zaczyna działać podobnie, jak na zachodzie. Dalszym wynikiem badań Tugendreicha jest spostrzeżenie, że u starszych niemowląt, które już nie są oseskami, słabnie zwolna wpływ czynników socyalnych na chorobowość i śmiertelność; dotychczasowe badania nie dozwalają zaś dokładnie określić, o ile w tym wieku działa jeszcze korzystnie wpływ wykarmienia piersią, tj. o ile zdrowie dzieci tak wykarmionych jest na szkodliwe wpływy socyalne odporniejsze od zdrowia dzieci wykarmionych sztucznie, co jednak jest bardzo prawdopodobne, o ile dotyczy drugiego roku życia dziecka. Z tych swoich spostrzeżeń wysnuwa Tugendreich wniosek, że przedłużenie karmienia poza pierwszy rok życia niemowlęcia byłoby ze stanowiska społeczno-higienicznego korzystne, dalej, że należy starać się przygotować dziewczęta do przyszłego ich zadania jako matek, ucząc je dokładnie opieki i wychowywania niemowląt, a w końcu, że ze stanowiska postulatów opieki nad niemowlętami byłoby rzeczą wagi pierwszorzędnej, gdyby matki mogły od zarobkowania powrócić do dawniejszej swej roli: gospodyni domu i wychowawczyni potomstwa. Toteż niezmiernie doniosłe jest zdanie Grubera, że wprawdzie wszelkie urządzenia dobroczynne dla dzieci, wszelkie żłóbki, schroniska, ochronki, uzdrowiska i t. p. są rzeczą dobrą i słuszną, ale że to są wszystko tylko surogaty najważniejszego zadania socyalnego, to jest wychowania dzieci na łonie rodziny, owego »fundamentu społeczeństwa, bez którego społeczeństwo kulturalne nie mogłoby istnieć i rozwijać się«.

Bardzo bogaty materyał zebrał Fürst w rozdziale następnym, traktującym o wpływie położenia socyalnego na uzdolnienie do szkoły. Fürst rozpatruje sprawę nieprzyjmowania do szkół dzieci wątłych i chorych, dalej rozwój fizyczny dzieci wstępujących do szkół i wpływ czynników socyalnych, który w tym względzie stwierdzić można, stosunek tychże czynników do częstości takich chorób, jak krzywica, zołzy, gruźlica u dzieci, następnie alkoholizm i jego działanie w stosunkach szkolnych, warunki mieszkania, sen, odzież, pożywienie, w końcu znaczenie zarobkowania dziatwy i zarobkowania matek.

Mniej zadowalniającym — nie ze względu na sposób opracowania, ale ze względu na brak wyraźnych wyników badania — jest rozdział IX., napisany przez Dr Meisnera, generał-lekarza z Berlina, a rozpatrujący wpływ położenia społecznego na uzdolnienie do wojska. Jedynym bowiem właściwie wnioskiem pozytywnym, do jakiego Meisner dochodzi, jest stwierdzenie, że w okolicach rolniczych uzdolnienie do wojska jest większe, niż w okolicach przemysłowych, zgodnie z tem, co ogólnie dotąd przypuszczano. Natomiast nie dochodzi Meisner w swoich badaniach do żadnego szczegółowego obrazu zależności, w jakiej uzdolnienie do wojska zależy od wielu innych czynników socyalnych.

Następny, X. rozdział, skreślony przez doc. Vossa z Düsseldorfu, a dotyczący wpływu przyczyn przyrody społecznej na choroby nerwowe i umysłowe, samobójstwo, zbrodnie, prostytucyę i włóczęgostwo, porusza się więcej na terenie zagadnień kryminalistycznych i t. zw. »ludnościowych«, niż na terenie zagadnień lekarskich, dlatego muszę go tu pominąć, chociaż przedstawia się nader zajmująco.

Rozdział wreszcie XI., o wpływie położenia socyalnego na alkoholizm (Dr Langnera z Wiesbadenu), omawia przedmiot, znany dostatecznie z publikacyi o alkoholizmie których i w naszej literaturze kilka posiadamy.

Końcowy, trzeci zeszyt dzieła ma się ukazać jeszcze w roku bieżącym z pod prasy. C.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Lewaschew. **W sprawie swoistego leczenia gruźlicy płuc.** (Münch. med. Wochenschrift. 1912. Nr 25). Robiąc doświadczenia z tryparosanem, przysłanym przez Ehrlicha celem zastosowania w durze plamistym, zastosował Lew. ten przetwór także u chorych gruźliczych z wynikiem

nadspodziewanie pomyślnym. Tryparosan stosował L. tylko w ciężkich postaciach gruźlicy płuc, chcąc w ten sposób uniknąć zarzutu, że polepszenie, jakieby ewentualnie nastąpiło po stosowaniu tego środka, polegało na samowyleczeniu. Nieliczny materyał, na którym autor stosował ten środek, nie pozwala wyciągnąć pewniejszych wniosków, zachęca jednak do dalszych prób w tym kierunku.

M. Sokołowski.

A. Lorand. **O bólu głowy i racyonalnem jego leczeniu.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 41). Opierając się na spostrzeżeniu, że niekiedy bardzo silne bóle głowy ustępują z chwilą zjawienia się samorodnego silnego krwotoku nosowego, zastosował L. przy bólach głowy u siebie i u swych chorych środki drażniące silnie błonę śluzową nosa i sprowadzające obfite wydzielanie śluzu. Skutkiem drażnienia błony śluzowej krew i limfa dopływają do nosa ze splotów żylnych opon mózgowych, przez co zmniejsza się ciśnienie śródczaszkowe, a tem samem ustępuje ból głowy. W celu wywołania przekrwienia używa L. tabaczki mentolowej, lub, gdy chodzi o silniejsze działanie, a nie ma przeciwwskazań, tabaczki z dodatkiem ciemierzycy (radix veratri albi). Leczenie tego rodzaju ma być skuteczne zwłaszcza przy sprawach zapalnych, toczących się w mózgu i jego oponach.

M. Sokołowski.

C. Fischer. **Barwny odczyn wydzieliny skóry nad gruźliczemi ogniskami w płucach.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 33). Pocierając klatkę piersiową chorego na gruźlicę płuc rozczynem $^1/_2$‰ żelazocyanku potasowożelazowego i bezpośrednio potem 1‰ rozczynem chlorku żelazowego stwierdził F., że po stronie zdrowej wytwarza się błękit pruski, po stronie zaś chorej albo nie wytwarza się wcale, lub odczyn wypada słabiej. Skóra zatem ponad częściami płuc, zajętemi gruźlicą, ulega również zmianom. Odczyn ten ma być wyraźny zwłaszcza w świeżych przypadkach gruźlicy płuc, wybitnie występuje również przy zaostrzaniu się starej sprawy chorobowej. W gruźlicy wyleczonej odczyn wypadał ujemnie. Czasem pojawiał się odczyn dodatni jeszcze przed jakiemikolwiek zmianami osłuchowemi, jednakże wynik ujemny nie świadczy jeszcze, zdaniem F., o braku świeżych lub wyleczonych ognisk.

M. Sokołowski.

H. Quincke. **Limfurya?** (Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr 25). Znane są białkomocze, występujące bez zmian anatomicznych w nerkach. Etyologia tych postaci białkomoczu jest różna, i tak Leube stwierdził białkomocz, występujący po znacznych wysiłkach fizycznych, Flensburg po zimnych kąpielach, Aufrecht u rodzących. Ciekawą postać białkomoczu zauważył przypadkowo Schreiber; mianowicie uciskając jednostronnie klatkę piersiową przyrządem o dwóch pelotach, spostrzegł, że jeśli peloty przesunęły się ku linii środkowej ciała, to występował białkomocz, trwający 1—4 godzin. Klinicznie najważniejszy jest białkomocz ortostatyczny. Według Jehlesa u dzieci z tem cierpieniem można wywołać białkomocz nawet w pozycyi leżącej zapomocą sztucznego wygięcia kręgosłupa ku przodowi. W tłómaczeniu powstawania tych rodzajów białkomoczu nie brano jeszcze w rachubę możliwości domieszki limfy do moczu, limfuryi, analogicznie do chyluryi, która z białkomoczem, zwłaszcza ortostatycznym, ma wiele wspólnych cech. Koniecznym warunkiem powstania mleczomoczu (chyluryi) jest prąd wsteczny w naczyniach, łączących naczynia mleczowe z naczyniami limfatycznemi nerek i komunikacya tychże naczyń limfatycznych z drogami moczowemi. Jeśli warunki te są spełnione, wówczas występuje znamienne mleczne zabarwienie moczu; jeśli jednak do moczu domiesza się zwykła limfa, to stan ten tem łatwiej uchodzi naszej uwadze, że możliwości tej dotychczas nie brano w rachubę. Quincke przypuszcza, że przynajmniej pewien rodzaj białkomoczu powstaje właśnie dzięki takiej domieszce limfy do moczu. Przypuszczenie to zdają się potwierdzać badania Stahra i Kumity, stwierdzające niezwykle bogatą sieć naczyń limfatycznych nietylko w torebce nerek, lecz także w samym ich miąższu, komunikującą, jak to stwierdzono nastrzykaniem, z naczyniami limfatycznemi jelita cienkiego. Pewne zatem postacie białkomoczu ortostatycznego dałyby się może wytłómaczyć przedostaniem się limfy do dróg moczowych skutkiem czy to zagięcia, czy ucisku pni limfatycznych przy równoczesnem istnieniu otworów komunikacyjnych z drogami moczowemi.

H. Sokołowska.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Thiem. **Gruźlica prosówkowa a nieszczęśliwe wypadki.** (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwessen 1912. Nr 6). 48-letni robotnik przy robocie w d. 4. maja 1911, a mianowicie przy przecinaniu 23 mm grubego, szczególnie niepodatnego żelaza, doznał gwałtownego szarpnięcia, które sprawiło, że skutkiem przemijającego wyczerpania robotnik ten musiał przerwać pracę prawie na godzinę, siedział blady i uczuwał piekący ból po obu stronach tyłogłowia rozpromieniający się ku szyi. Pomimo, że nie czuł się zupełnie zdrowym, pracował w tym dniu, podobnie jak i w dwóch najbliższych dalej, praca jego jednakże była mniej wydatna, on zaś skarżył się na osłabienie i brak apetytu. W d. 8 maja zgłosił się po raz pierwszy do lekarza; 18. maja stwierdzono u niego gorączkę, 22. maja zniesienie mowy i utratę władzy w prawej ręce, potem w całej kończynie górnej i dolnej prawej. 3. czerwca trepanacya czaszki; liczne gruzełki opon miękkich. Śmierć 7. czerwca 1911. Sekcya wykazała ogólną prosówkową gruźlicę (płuc, otrzewnej, nerek, wątroby), stare zmiany gruźlicze w szczytach płuc i rozległą gruźlicę gruczołów śródpiersia i przedkręgowych, aż do wysokości podziału aorty. Thiem objaśnia przebieg choroby w sposób następujący: Przebicie ogniska gruźliczego w gruczołach do tętnicy brzusznej w następstwie urazu, jakiego doznał ów robotnik 4. maja; zakażenie prątkami krwi; rozsianie się prątków w obrębie narządów jamy brzusznej (wątroba, otrzewna, nerki) wśród objawów durowatej postaci gruźlicy prosówkowej (typhoide Form). Pod wpływem tego zakażenia i rozprzestrzeniania się sprawy gruźliczej wystąpiła gorączka i dreszcze 18. maja. Pod wpływem zaś tego gorączkowego stanu zaostrzenie się starej gruźlicy szczytów płuc, z następowem dostaniem się prątków do jednej z żył płucnych. W ten sposób, według autora, staje się zrozumiałem, że oponowe objawy gruźlicy wystąpiły dopiero 22. maja w tak gwałtowny i ostry sposób. Na podstawie tych wywodów przyjmuje Thiem z wszelkiem prawdopodobieństwem związek przyczynowy między urazem, doznanym 4. maja, a ostrą gruźlicą prosówkową. Obszerny materyał dowodowy i piśmiennictwo, przytoczone przez Thiema, nie nadają się do streszczenia. J. Olbrycht.

Friedinger: **Ostre zatrucie benzyną u dziecka.** (Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr 5). U 11-miesięcznej słabo rozwiniętej dziewczynki, cierpiącej na wyprysk, stosowano oprócz innych sposobów leczniczych opatrunki plastrowe, ponieważ nie można było całego ciała pokryć przeciwgnilnymi okładami. Przy zmianie opatrunku oddalano kawałki plastrów i pozostałości po nich na skórze zapomocą benzyny. Wkrótce po zmianie opatrunku dziecko zaczęło być bardzo niespokojne, dostało wymiotów i drgawek. Na drugi dzień pogorszył się stan dziecka do tego stopnia, że było prawie umierające. Pojawiły się drgawki kloniczne i toniczne mięśni obu kończyn, szyi i gałek ocznych, głębokie wciągnięcie dolnego otworu klatki piersiowej przy silnej wdechowej duszności, następnie bezustanne wymioty po spożyciu mleka, przyspieszenie czynności serca i podwyższenie ciepłoty. Po użyciu odpowiednich środków (zdjęcie opatrunku, kąpiele, podanie wody białkowej i t. d.) poprawił się zwolna stan dziecka zupełnie.

Autor sądzi, że w tym przypadku chodziło bez wątpliwości o ostre zatrucie benzyną, ponieważ objawy zatrucia wystąpiły prawie bezpośrednio po technicznem zastosowaniu benzyny i w sposób dość charakterystyczny. Na-

stępnie zastanawia się nad objawami zatrucia benzyną i mniema, że benzyna ulatniająca się była wdychiwana przez dziecko, a prawdopodobnie największa jej część została wessana przez skórę, tembardziej, że zastosowane plastry musiały utrudniać jej ulotnienie się. W każdym razie opisany przypadek poucza, że nawet przy czysto technicznem używaniu benzyny należy być ostrożnym, o ile chodzi o dzieci wątłe i w młodym wieku, ponieważ nawet małe ilości wdychiwanej i przez skórę wessanej benzyny mogą, jak widać, wywołać groźne skutki. J. Olbrycht.

Doederlein: **O sztucznem zapładnianiu** (Münch. med. Wochenschr. 1912 Nr 20). Autor oblicza najpierw odsetkowo częstość bezpłodnych małżeństw, która według Rohledera wynosi 10%, jednak w pewnych okolicznościach prawie się podwaja. Co się tyczy przyczyn bezpłodności, to wina leży o wiele częściej po stronie mężczyzny, niż kobiety. U mężczyzny są przyczyną schorzenia różnorodne rdzenia, wady rozwojowe części płciowych, oligospermia, azoospermia, nekrospermia. U kobiety, pominąwszy rozmaite ginekologiczne schorzenia zapalnej i nowotworowej przyrody, niedokształt i zboczenia w położeniu części płciowych, a zwłaszcza ruchome tyłozgięcie macicy uważa D. za najczęstszą przyczynę niepłodności. Następnie zajmuje się D. obszerniej próbami i wynikami sztucznego zapłodnienia u zwierząt, przyczem zaznajamia czytelnika z ciekawemi badaniami Iwanoffa, których główne wyniki przedstawiają się, jak następuje: Sam akt płciowy i z nim związane podniecenie płciowe nie są konieczne do zapłodnienia. Również rozcieńczenie nasienia w surowicy krwi lub w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej nie upośledza jego zdolności zapłodnienia. Trwanie ciąży podobnie, jak i rozwój płodu, nie były inne po sztucznem zapłodnieniu, np. u konia wynosiły jak zwykle 11 miesięcy. Już wstrzyknięcie nasienia do pochwy umożliwia zapłodnienie; jednakże pewniejszem okazało się wstrzykiwanie wprost do szyi macicy. Jeżeli nasienie trzymano w cieple, to możliwem było uzyskanie zapłodnienia niem jeszcze w dwie godziny po wytrysku. Zwłaszcza dla ludzkiej patologii może mieć znaczenie odkrycie Iwanoffa, że nasienie, dobyte z samego jądra zapomocą nakłucia, zawiera plemniki ruchome i zdolne do życia nawet dłużej, niż w nasieniu wytryśniętem. Wreszcie omawia D. 6 własnych przypadków sztucznego zapładniania u ludzi, z tych jeden z wynikiem dodatnim. Chodziło tu o 24-letnią kobietę, od 6 lat niepłodną mimo różnych zabiegów w tym kierunku przedsiębranych, której D. wstrzyknął na 1 dzień przed miesiączkowaniem nasienie, wzięte wprost z kondoma, zapomocą jałowej strzykawki Brauna do jamy macicy. Po tem wstrzyknięciu chora więcej nie spółkowała i zaszła w ciążę, jak to wykazało badanie w 4 miesiące potem. Wstrzykiwania można dokonywać po poprzedniem zbadaniu mikroskopowem nasienia, wśród ścisłej aseptyki i najwyżej 2 krople nasienia.

J. Olbrycht.

Bode: **Zwężenie obu moczowodów przez ciało obce, znajdujące się w pochwie.** (Münch. m. Wochenschr. 1912 Nr 21). 50-letnia niezamężna kobieta, okazująca od wielu lat objawy psychopatyczne, znana oddawna z powodu wybryków na tle seksualnem, była operowana w latach 1896 i 1898 z powodu przedarcia cewki moczowej i przetoki pochwowo-pęcherzowej, jakich doznała przez masturbacyę różnymi przedmiotami, jak dłutami, gwoździami i t. p. W listopadzie 1911 została w beznadziejnym stanie przyjęta do szpitala i w kilka dni potem zmarła. Sekcya wykazała wprowadzony celem masturbacyi do pochwy odłamany, 8 cm w średnicy liczący kawałek rączki od parasola, który swoją górną, podobną do gałki częścią, przylegał ściśle do macicy, trzonek zaś jego znachodził się w pochwie. Dość ostry koniec trzonka przebił przednią ścianę pochwy i tylną ścianę pęcherza, górna zaś dość szeroka część uciskała oba moczowody tuż przed ich ujściem do pęcherza. Rozległe zmiany w tkankach w otoczeniu ciała obcego przemawiały za tem, że musiało ono już dawniej tam się dostać, prawdopodobnie jeszcze w r. 1898, tembardziej, że od tego czasu datowały się skargi chorej na bóle i trudności przy oddawaniu moczu. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

1) Czł. Napoleon Cybulski przedstawia pracę p. J. Cytowicza: **O wpływie krwi żylnej niektórych gruczołów na ciśnienie krwi.**

Doświadczenia prof. Cybulskiego wykazały, że krew żylna nadnercza podwyższa ciśnienie krwi w ustroju; autor zbadał zatem wpływ krwi z żył niektórych gruczołów przed i podczas ich drażnienia. Wyniki badania są następujące:

Odwłókniona krew żyły biodrowej wstrzykiwana dla kontroli	0— 15 mm	średnio	7 mm
Rozczyn soli kuchennej 0·9%	0— 10 »	»	7 »
Krew żyl. z grucz. tarczow. nie drażnionego . .	10— 30 »	»	13 »
Krew żyl. z grucz. tarczow. podczas drażnienia n. krtaniow. górnego . .	10— 40 »	»	21 »
Krew żylna z trzustki głodnego zwierzęcia . .	10— 30 »	»	15 »
Krew żylna z trzustki po dodaniu do dwunastnicy 0·4% HCl.	10— 45 »	»	18 »
Krew żylna z nadnercza .	40—180 »	»	80 »

Krew pozostałych gruczołów zbadanych, jako to: gruczołu ślinowego, podszczękowego, śledziony, nerki, jądra, wywoływa podniesienie ciśnienia średnio o 10—15 mm.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. Dra J. Bańkowskiego i Dra Z. Szymanowskiego.: **Studya z dziedziny anafilaksyi. Część IV. Toksyczne własności surowicy krwi ludzkiej.**

Surowica krwi ludzkiej, wstrzyknięta do żyły morskiej śwince, zabija ją przy ostrych objawach wstrząsu anafilaktycznego, w dawce, wynoszącej około 0·5% wagi świnki. W przebiegu duru brzusznego dawka ta spaść może do 0·25%, w przebiegu płonicy (względnie odry) do 0·13%. Surowica płodu ludzkiego jest prawie atoksyczna dla morskiej świnki. Dawki, wynoszące do 2·5% wagi świnki, zabijają dopiero po upływie dłuższego czasu przy objawach przewlekłego zatrucia anafilaktycznego. Doświadczenie anafilaktyczne (uczulenie surowicą matki względnie płodu, reinjekcya surowicą jedną albo drugą) wykazało, że własności antygenowe obu surowic, jak również przeciwciała, powstające pod ich wpływem w ustroju morskiej świnki, bardzo mało różnią się pomiędzy sobą. Atoksyczność surowicy płodowej zależy od braku przeciwciał normalnych, zjawiających się we krwi dopiero później. Toksyczne działanie surowicy obcej polega na działaniu zawartych w niej przeciwciał na surowicę zwierzęcia injekowanego, która pełni w tym przypadku funkcyę antygenu.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę prof. Dra L. Popielskiego.: **Niekrzepliwość krwi i wazodylatyna (Pepton Witte).**

Wazodylatyna, wprowadzona do krwi, wywołuje dwa ważne zjawiska: obniżenie ciśnienia i niekrzepliwość krwi. Gdy podwiążemy tt. krezkowe, wówczas po wprowadzeniu wazodylatyny krew krzepnie prędzej, jakkolwiek ciśnienie krwi obniża się wyraźnie. Po założeniu przetoki Eckego

zapomocą sposobu Queirolo i po podwiązaniu t. wątrobnej wprowadzenie wazodylatyny wywołuje i niekrzepliwość i obniżenie ciśnienia krwi. Po połączeniu aorty brzusznej z żyłą wrotną i po podwiązaniu tt. krezkowych wazodylatyna obniża ciśnienie, a krzepliwość krwi przyspiesza. Stąd wynika, że krew nie krzepnie pod wpływem wazodylatyny z powodu wytwarzania specyalnego ciała, antytrombiny, wytwarzanego w naczyniach krwionośnych przewodu pokarmowego. Ciało to rzeczywiście istnieje, gdyż, dodane do krwi normalnej, krzepliwość jej zmniejsza. Ciało to powstaje w śródbłonku naczyń krwionośnych przewodu pokarmowego. Zjawisko obniżenia ciśnienia krwi można zatem oddzielić od zjawiska niekrzepliwości krwi na drodze fizyologicznej.

4) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę prof. Dra L. Popielskiego.: **Uciskanie nadnerczy i adrenalina. Przyczyna rzucawki.**

Uciskanie nadnerczy wywołuje zawsze podwyższenie ciśnienia krwi. Wysokość ciśnienia zależy od siły i długości uciskania. Np. przy uciskaniu nadnercza w ciągu 45 sekund co 3—4 sekundy, ciśnienie podniosło się z 92 do 230 mm Hg. Ciśnienie podnosi się nawet przy lekkiem dotykaniu, gładzeniu nadnercza: lekkie dotykanie nadnercza w ciągu 15 sekund wywołało podwyższenie ciśnienia krwi z 80 mm do 120 mm Hg. To podwyższenie ciśnienia krwi, wynikające z uciskania nadnerczy, nie zależy od drażnienia n. trzewnego, gdyż po podwiązaniu jednego nadnercza u samej żyły głównej dolnej, a po wycięciu drugiego, nawet mocne naciskanie pozostawionego w jamie brzusznej nadnercza ciśnienia nie podnosi. Drażnienie n. trzewnego podnosi ciśnienie krwi niezależnie od nadnerczy, gdyż po ich wycięciu ciśnienie krwi podnosi się tak samo, jak przed ich wycięciem. Uciskanie nadnerczy w ustroju ludzkim może być przyczyną stanów patologicznych. Macica w ostatnich dniach ciąży może naprzykład wywołać ucisk nadnerczy i prowadzić do nagromadzenia adrenaliny we krwi. Wywołując niedokrwienie mózgu, adrenalina wytwarza drgawki krótko trwające, wraz z utratą świadomości i osłabieniem. Jest rzeczą zrozumiałą, że te drgawki po rozwiązaniu ustają, co potwierdza obserwacya lekarska. Adrenalina, zwężając naczynia krwionośne, wytwarza bezmocz, nie wywierając jednak szkodliwego wpływu na samą wydzielniczą funkcyę nerek, które, po powrocie ciśnienia do stanu prawidłowego, wydzielają mocz prawidłowy. Podczas rzucawki stale wydarza się bezmocz, po rozwiązaniu znikający. Dotknięte zapaleniem nerki będą oczywiście silniej cierpiały od zwężenia naczyń krwionośnych. Napady moczniey mogą wikłać rzucawkę, nie stanowiąc jednak jej istoty. Przepełniony pokarmami żołądek, jelita grube wypełnione kałem, mogą wywierać ucisk na nadnercza i wywoływać szereg patologicznych stanów z powodu przedostawania się adrenaliny do krwi. Asteniczne formy zaparcia stolca mogą być wyrazem działania adrenaliny, która znosi ruch robaczkowy jelit.

(Treść 7 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu Lekarskiego«).

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z d. 7. VIII. 1912 r.

Landau przedstawia chorego z **nowotworem**, usadowionym w **zagłębieniu mostowo-móżdżkowem** prawem. Chory M. S., lat 18, rozwijał się prawidłowo, do grudnia 1911 nie chorował. Pierwsze objawy obecnej choroby pojawiły się w pierwszych dniach grudnia ubiegłego roku. Zrazu nieznaczne bóle głowy w okolicy czoła i dzwonienie w uchu prawem. W połowie grudnia zaczął chodzić niepewnie, plątał nogami, musiał leżeć, żeby nie upaść. Po kilku tygodniach niepewność w chodzie znacznie mniejsza, bóle głowy natomiast coraz bardziej się potęgują i co do częstości i co do nasilenia, występując zawsze w okolicy czoła i skroni. W połowie marca b. r. pogorszenie słuchu na uchu prawem i osłabienie wzroku na obu oczach, a od sześciu tygodni brak apetytu, pobudzenie do wymiotów, a nawet i wymioty, i to niezależnie od tego, czy chory co je, czy nie. Zawrotów nigdy nie było. Badanie fizyczne: Bardzo wybitny obrzęk brodawki obu nerwów wzrokowych. Wzrok na oku lewem 0, na oku prawem słabe poczucie światła. Zmiany w zakresie czuciowego nerwu trójdzielnego prawego, a mianowicie wielka bolesność wszystkich pni nerwowych i zniesienie czucia dotykowego, obok przeczulicy bólowej i termicznej w zakresie wszystkich trzech gałązek tegoż nerwu. Obwodowe porażenie nerwu twarzowego prawego bez objawów zwyrodnienia elektrycznego. Częściowe porażenie nerwu słuchowego prawego. Słuch bowiem na uchu prawem niezupełnie zniesiony; że zaś to osłabienie słuchu odnieść należy do zajęcia nerwu, za tem przemawia brak jakichkolwiek zmian w uchu zewnętrznem i środkowem, osłabienie przewodnictwa kostnego po stronie prawej, ujemny objaw Rinnego i zupełny brak kalorycznego drżenia oczu z ucha prawego. Z innych objawów wymienić należy: bezład w zakresie kończyny górnej i dolnej prawej, chód chwiejny z zataczaniem się to w lewo, to w prawo, i to, że chory leży tylko na boku prawym, bo gdy zmieni położenie, to »niedobrze mu koło serca, głowa bardziej boli i nudzi«. Tętno 92. Odczyn Wasssermana z krwi ujemny, Pirqueta dodatni. Rentgenogram ujemny. Ciśnienie płynu mózgowordzeniowego 43 mm. rtęci. W płynie 0,36 białka (Stolników) i $6^0/_0$ neutrofilów. Narządy wewnętrzne bez zmian. L. rozpoznaje nowotwór w zagłębieniu mostowo-móżdżkowem prawem i uważa szybki zabieg operacyjny za wskazany ze względu na zachowane jeszcze poczucie światła na oku prawem.

W dyskusyi podnosi Borowiecki prawostronne zboczenie, a więc przeciwnie, niż się to spotyka przy guzach mostu. Tłomaczyłby to sobie jako wynik nie porażenia, ale podrażnienia drogi asocyacyjnej. Wspomina, że doświadczenia na zwierzętach wykazują zależność zataczania się w tę lub w ową stronę od czasu, w jakim badamy zwierzę po operacyi. — Piltz zwraca uwagę na brak zawrotów mimo umiejscowienia nowotworu i na zmniejszanie się całego szeregu objawów, między nimi i bezładu móżdżkowego, mimo obecności i rozrastania się guza. Zapytuje nadto, czy nieustających i silnych bólów głowy nie tłomaczyłoby przypuszczenie, że punktem wyjścia nowotworu są opony.

Zabiegu operacyjnego dokonano na klinice chirurgicznej. Operacya miała być dwuczasową. Chory zmarł jednak już po pierwszym zabiegu, który ograniczył się jedynie do otwarcia czaszki i podwiązania zatok. Autopsya wykazała obecność dużego nowotworu w zagłębieniu mostowo-móżdżkowem prawem z daleko idącemi zmianami miejscowemi ze strony mózgu.

2) Jasieński przedstawia chorą, Z. S., lat 33, przysłaną z kliniki chirurgicznej dnia 29 kwietnia 1912 z rozpoznaniem: **akromegalia, guz przysadki.** Ojciec chorej z chwilą przyjścia jej na świat miał 82 lat, matka (trzecia jego żona) lat 30. Opilstwa w rodzinie nie było. Matka chorej raz roniła, urodziła 6 dzieci, z których 3 zmarło, jedno na chorobę umysłową. Oboje rodzeństwo chorej są wątli. Chora przyszła na świat jako zdrowe dziecko, chorób dziecinnych nie przechodziła, rozwijała się prawidłowo. W 10 r. życia przechodziła ospę, w 15. czerwonkę, w 20. zimnicę. Regularności dostała w 18 r. życia. Miesiączka bywała bolesna, obfita, trwała do 8 dni. W okresie tym chora nie mogła pracować, czuła się bardzo osłabioną, miała dreszcze. W 21 r. życia wyszła chora zamąż, a w dwa lata później urodziła zdrową córkę. Poza tem w ciążę nie zachodziła. Chorób wenerycznych nie przechodziła. Pierwsze zwiastuny choroby sięgają 10 lat wstecz. W 23 r. życia, po urodzeniu dziecka, słabła chora potrosze, cierpiała na bóle

głowy po stronie prawej, a regularność ustała i nie pojawiła się aż do dziś. W okresach miesięcznych jednak czuje się chora bardziej osłabioną, cierpi na ból głowy i krzyżów, — aż do dzisiejszej pory. Wyraźne objawy choroby pojawiły się przed 8 laty, w 25. roku życia. Usposobienie chorej wówczas zmieniło się, chora bywała bardzo rozdrażnioną, wybuchała gniewem. Rysy twarzy zaczęły grubieć, a kończyny nadmiernie rozrastać się, cała postać poczęła się zniekształcać. Najpierw poczęła grubieć twarz, i to nos, następnie kości jarzmowe, szczęka dolna i język. Kolejno poczęły grubieć ręce, i to dłonie od stawu garstkowego (ramiona mniej). Nogi grubiały równomiernie w udach i goleniach, najbardziej zaś znowu stopy. Chora poczęła nadmiernie rosnąć, (od 18 r. życia urosła o głowę), a ręce i nogi poczęły się wydłużać. Skóra pociemniała, zgrubiała, stała się bardzo tłustą, o cuchnącym pocie, włosy znacznie zrzedły, a tak stały się tłuste, że chora po czesaniu musi ręce myć. Chora twierdzi, że urosły jej znacznie uszy i język. Równolegle jednak z tem olbrzymieniem chora czuje się coraz bardziej osłabioną i bezsilną, senną, nie może pracować, zaledwie ma siły szyć, na oko prawe widzi gorzej, oko to zachodzi często łzami. Dokucza jej często bicie serca, połączone z uczuciem lęku, miewa czasem nudności, skarży się na uczucie drętwienia w kończynach, ciężkość w nogach, bóle krzyżów, pleców, bóle pod piersiami. Apetyt znaczny, pragnienie wzmożone. Obecnie jest usposobienia cichego, cierpliwego, pamięć ma dobrą. Wymiotów nie miewa, nie ma bolów, ani zawrotów głowy, nie miewała drgawek, ani utraty przytomności. — Badanie fizyczne wykazuje czaszkę przy opukiwaniu tkliwszą w okolicy guza prawej kości ciemieniowej. W zakresie nerwów czaszkowych nie ma żadnych zmian, z wyjątkiem słabszej może nieco dolnej gałązki nerwu twarzowego prawego. Gruczoł tarczowy nieco powiększony. Po stronie prawej bardzo znacznie powiększony, bolesny pakiet gruczołów podszczękowych. Na oku prawem u dolnego wewnętrznego brzegu rogówki plamka brązowawo zabarwiona, przechodząca na twardówkę. Garb średniego stopnia w części szyjnej i górnej grzbietowej, odpowiednie wygięcie części lędźwiowej ku przodowi. Wszystkie ruchy kończyn górnych i dolnych wydatne. Odruchy kończyn górnych, brzuszne, kończyn dolnych — zachowane, równe, nie podwyższone. Bezładu, drżenia przy ruchach, objawu Romberga niema. W moczu niema białka i cukru. Badanie dna oka wykazało stosunki prawidłowe, tarcza prawa może tylko nieco bledsza. Bystrość wzroku prawidłowa. Badanie pola widzenia wykazało połowicze obustronne niedowidzenie skroniowe prawie zupełne dla wszystkich barw. Kilkakrotnie przeprowadzone badania wykazały zmienność obszaru pola widzenia dla wszystkich barw, charakter jednak widzenia połowiczego był zawsze bardzo wybitny. Słuch bez zmian. Smak rzekomo lepszy w lewej połowie języka. Węch rzekomo lepszy w lewej dziurce nosowej. Odczyt Pirqueta bardzo słabo dodatni, Wassermana dodatni. Badanie promieniami Röntgena wykazało obecność nowotworu w okolicy siodła tureckiego. Chora sprawia wrażenie niekształtnego olbrzyma o zniekształconych rysach twarzy, długich rękach, sięgających kolan, potwornie powiększonych dłoniach i klocowatych nogach. Sklepienie czaszki kształtne (obwód 58 cm). Czoło kształtne, jedynie łuki nadoczodołowe zgrubiałe. Uszy odstające o przyrośniętych olbrzymich płatkach wielkości $^1/_3$ całego ucha. Łuki jarzmowe znacznie powiększone. Nos wystający $5^1/_2$ cm. Szczęka dolna w całości powiększona tak, że chora nie może jej cofnąć poza szczękę górną i ramię poziome szczęki (od kąta prawego do lewego) mierzy 26 ctm. Język znacznie powiększony, mięsisty, gruby. Przegroda nosowa wygięta ku stronie lewej, błona śluzowa nosa znacznie zgrubiała, zasiana, zwłaszcza po stronie prawej, polipami. Błona śluzowa ust i gardła prawidłowa. Skóra zgrubiała, tłusta. spocona, ciemna, zasiana bardzo licznemi znamionami barwikowemi oraz drobnemi brodaweczkami brunatnemi na wąskiej szypułce, zwłaszcza na plecach. Plecy w dolnych częściach krótkim ciemnym włosem omszone. Włosy krótkie, rzadkie, tłuste. Mostek długości $22^1/_2$ cm, o rozdwojonym wyrostku mieczykowatym, pod uderzeniem młoteczka tkliwy, miejscami bolesny. Piersi rozwinięte prawidłowo. Od dolnego brzegu klatki piersiowej zwisają grube fałdy skóry. Brzuch wystający, twardy, przy badaniu tkliwy, zwłaszcza po stronie prawej. Części płciowe i owłosienie ich, jako też owłosienie pach bez zmian. Palce rąk maczugowate. Długość 3. palca ręki prawej 11 cm., obwód $8^1/_2$ cm. Nogi zgrubiałe: Obwód uda $56^1/_2$ cm., łydki $38^1/_3$ cm., w kostce $25^1/_2$, obwód stopy przez podeszwę i podbicie 29 cm., obwód palca wielkiego $11^1/_2$, długość palca drugiego $5^1/_2$. Chora rusza się powoli, bezradnie i ciężko.

Chorą operowano. Zmarła nazajutrz po operacyi. Autopsya wykazała obecność guza przysadki.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 15. III. 1912.

Zebranie odbyło się w Sanatoryum SS. Elżbietanek, założonego dzięki inicyatywie kol. Dr Mieczkowskiego.

1) Kol. Mieczkowski przedstawia a) chorą z zupełnem **wycięciem krtani z powodu raka**. Rana prawie zabliźniona. Przy zatkaniu otworu chora może wymawiać słowa szeptem. b) Przypadek **linitis hyperplastica**. Wycięcie z żołądka guza, który sprawiał wrażenie raka. Dopiero badanie drobnowidowe upewniło rozpoznanie tej rzadkiej sprawy. c) **Woreczek żółciowy,** przepełniony kamieniami, wycięty u 48-letniej chorej. d) **Gastroenteroanastomozę**, wykonaną przed 3 dniami. Chory już wstaje. e) **Raka żołądka**, przechodzącego na śledzionę. f) **Raka żołądka** u 33-letniego mężczyzny. g) Przypadek operowany z powodu **nowotworu okrężnicy,** przedstawiony na Walnem Zebraniu; wytworzył się odbyt sztuczny, obecnie zagojony. Operacya odbyła się w dwóch etapach. h) **Rentgenogramy** kamienia nerkowego, 2 kamieni moczowych, złamania żuchwy, zwichnięcia i złamania w łokciu, złamania powikłanego w kostce, dwóch przypadków oderwania wielkiego guzka ramiennego. i) T. zw. »Reitknochen« **(kostniak kości udowej)** u 50-letniego obywatela ziemskiego, który dużo jeździ konno.

2) Kol. Jezierski przedstawia a) chorego, u którego rozpoznanie było bardzo trudne. Chodzi o 19-let. fornala, który w grudniu 1911 r. zachorował z bólami wewnętrznymi, zaburzeniem świadomości i objawami duru. Odczyn Widala był dodatni w I. i II. próbie, przy trzeciej próbie bakteryologicznie już nic nie znaleziono. Sledziona nie powiększona. Prelegent zastosował więc nowy środek rozpoznawczy, badając lepkość krwi; wynik dodatni przemawiał za zajęciem otrzewnej. Gorączka miała charakter durowy. Wytworzył się wysięk w prawej opłucnej. Nakłucie, badanie na wzór Pirqueta, odczyn dwuazowy Ehrlicha, badanie kału i moczu z wynikiem ujemnym. W końcu przyłączyły się powikłania w postaci czyraków skórnych. Prelegent rozpoznał **peritonitis diffusa i pleuritis diffusa dextra**. Choroba trwała 3 miesiące.

b) Drugi przypadek, dotyczący 30-letniego rzeźnika, jest niejako przeciwstawieniem pierwszego. Dolegliwości ogólne, brzuszne, bladość, mierna gorączka, rozwolnienia, odczyn Widala dodatni, śledziona powiększona, leukocytów 4200, limfocytów aż 34%, stolec z krwią, ogólne osłabienie. Rozpoznanie: **dur brzuszny**. Mówca dodaje, że odczyn Widala czasami jest dodatni także przy kile i zwykłem zapaleniu jelit (enteritis).

c) Trzeci przypadek dotyczy nauczyciela 50-letniego. Mocz przy gotowaniu pozostaje czysty, cukru nie ma. Ciężar 1025. Odczyn Essbacha wykazuje jednak 12‰ białka, drobnowidowo wałeczki, nabłonki i liczne krwinki. Okazuje się,

że niezwykłość odczynu polega na **przeładowaniu moczu moczanami,** po których strąceniu dopiero się białko uwydatnia. Chory umarł na zapalenie nerek.

d) Zapalenie płuc, 8. dnia silny skok ciepłoty, kaszel. Nakłucie nic nie wykazuje. Blizko serca bębnica, metaliczne rzężenia. Chory tej nocy wykrztusił $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$ litra ropy. Nowy napad i znów 1300 posokowatej ropy. Prelegent rozpoznaje **ropień prawego płuca.**

W dyskusyi poleca kol. Fr. Chłapowski przy nadmiernej kwaśności krwi atofan, który jest dobrym środkiem leczniczym i rozpoznawczym w dnie. Należy go jednak stosować z większą ilością wody. — Kol. Jezierski zaznacza, że istotnie atofan przyczynia się do wydzielania kwasu moczowego, ponieważ jednak czasami wywołuje krwawienie nerkowe, przeto należy być ostrożnym, jeśli nerki nie są zdrowe. — Kol. Pomorski zapytuje o technikę próby skórnej durowej, którą kol. Jezierski wyjaśnia. Próba odpowiada metodzie Pirqueta, z tą różnicą, że używa się nie tuberkuliny, tylko obumarłych laseczników durowych.

3) Kol. Łazarewicz poświęca kilka gorących słów pamięci przedwcześnie zmarłego kolegi Dra Władysława Wyszyńskiego z Koźmina. Nietylko jako lekarz, jako wierny członek Wydziału i serdeczny kolega, ale jako obywatel, który biorąc najżywszy udział w pracy społecznej stargał swe siły, Zmarły zyskał sobie ogólne uznanie i szacunek. Dowodem był wspaniały pogrzeb, w którym wzięła udział delegacya Wydziału lekarskiego. Pamięć Zmarłego uczczono przez powstanie.

Zebranie Wydziału z dnia 29. III. 1912.

1) Kol. Mieczkowski zdaje sprawę z przypadku **torbieli nasiennej** u 54-letniego mężczyzny. Nakłucie wykazało, że chodzi o torbiel nasienną, płyn bowiem był mętny, opalowy i zawierał plemniki. Należy przypuszczać, że wytworzył się torbiel naczyńka nasiennego; etyologicznie wchodzą w rachubę uraz lub wiewiór. Przy wodniaku nie wyczuwa się jądra, gdy tutaj było wyraźne, co rozpoznawczo jest ważne.

W dyskusyi zaznacza kol. Nowakowski, że i przy wodniaku można odgraniczyć jądro, co kol. Mieczkowski uważa za wyjątek. — Kol. Łazarewicz sądzi, że dlatego przy wodniaku trudno jądro wyczuć, ponieważ pływa ono w płynie, gdy przy torbieli nasiennej torbiel znajduje się poza jądrem. — Kol. Karwowski przypuszcza, że skoro plemniki były żywe w płynie, musiała być komunikacya torbieli z jądrem.

2) Kol. Wierzejewski przedstawia zapomocą obrazów świetlnych cały szereg ciekawych **zdjęć rentgenowskich**, mianowicie skrzywienia wrodzone kręgosłupa. Prelegent podnosi, że żebra szyjne, ani też odmiany w liczbie kręgów nie mogą wywołać skrzywień poważniejszych. Wywołują je raczej kręgi klinowe, zrosty między trzonami kręgów i wyrostkami stawowymi. Zrosty kostne najczęściej zdarzają się między tyłogłowiem a kręgiem szczytowym, oraz między piątym kręgiem lędźwiowym, a kością krzyżową. Powstanie zrostów mowca tłomaczy przeszkodami w embryologicznej segmentacyi kręgosłupa i następnie nieprawidłowem skostnieniem więzadeł.

W dyskusyi przedstawia kol. Nowakowski własne zdjęcia rentgenowskie, dotyczące sakralizacyi i lumbalizacyi. — Kol. Karwowski zapytuje, jak się leczy tego rodzaju skrzywienia? — Kol. Łazarewicz porusza sprawę rozwoju kręgosłupa. — Kol. Święcicki: możnaby sprawdzić, że teorya niedokonanej segmentacyi kręgosłupa jest słuszną przez anatomiczne wykazanie, iż budowa części gąbczastej i zbitej jest taka sama w zrośniętych, jako w prawidłowych kręgach. Dalej podnosi mowca bardzo interesujące doświadczenia Loeba z Kalifornii i prosi o referat: »O przemianie soli mineralnych w ustroju«, któryby wywołał wielkie zainteresowanie. — Kol. Chłapowski nie godzi się na teoryę soli przy wadach rozwojowych czaszki, chodzi tu raczej o sprawy amniotyczne. O skróceniach osi kręgosłupa wrodzonych w przeciwieństwie do wadliwego rozwoju czaszki i jego przyczyn (Ballantyne w Edynburgu) stosunkowo bardzo mało pisano. — W odpowiedzi zaznacza kol. Wierzejewski, że leczy się zrosty czaszkowo-kręgowe podobnie, jak szyję krzywą (caput obstipum). Co do budowy kręgów, to przy klinach jest ona prawidłowa, przy zrostach odmienna od prawidłowej. Co do soli, to przytoczył tylko tę teoryę, nie zaznaczając, jakoby sam był jej zwolennikiem.

3) W wolnych głosach zwraca kol. Chłapowski uwagę, że koledzy za mało osiedlają się na prowincyi, natomiast w Poznaniu samym daje się odczuć nadprodukcya lekarzy. Dalej omawiają koledzy Gantkowski, Łazarewicz, Chłapowski sprawę reklamowanych w prasie codziennej środków leczniczych, których lekarze polecać nie powinni. W końcu zawiadamia kol. prezes, że będzie u prof. Baranowskiego i wyrazi Jubilatowi życzenia Wydziału.

Adam Karwowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 13. XI. posiedzenie, na którem doc. Dr Mazurkiewicz miał wykład: »O asymetrycznych czynnościach półkul mózgowych«, poczem odbyła się ożywiona dyskusya nad wykładem prof. Piltza (z d. 6. XI.), w której uczestniczyli Dr Blassberg, Mazurkiewicz, Rosenhauch, Rydel i prelegent.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 9. XI. następującemi sprawami: Podręcznik higieny i somatologii. Docentura higieny w seminaryum w Stanisławowie. Podwyższenie taks szpitalnych w Dolinie i Przemyślanach. Grobowiec rodzinny w Kleczy. Sprawa zakładania sanatoryów i zakładów leczniczych. Zakład wodoleczniczy w Zakopanem.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. XI. do 9. XI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych 7 † —), krztuśca —, ospy wietrznej 1, płonicy 11, odry —, duru brzusznego 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Czytamy w »Gazecie lekarskiej« (Nr 43): »Otrzymaliśmy bardzo pomyślną wiadomość, że z początkiem roku przyszłego zacznie wychodzić w Wilnie miesięcznik p. t. »Lekarz wileński«, poświęcony medycynie ogólnej, oraz uwzględniający sprawy lekarskie miejscowe na Litwie i Rusi. Numer okazowy ma wyjść w grudniu r. b. Zapowiedź powyższa znajdzie niewątpliwie radosne echo w kołach lekarskich polskich«.

Łódź. Dr Władysław Schoenaich, naczelny lekarz szpitala dla dzieci im. Anny-Maryi, wydał sprawozdanie tego szpitala za r. 1911. Jestto szóste z rzędu drukiem ogłoszone sprawozdanie tej instytucyi, która aż do otwarcia nowego szpitala pedyatrycznego warszawskiego była niewątpliwie najnowocześniej urządzonym i najlepiej uposażonym szpitalem dziecięcym w Polsce; różni się ono od poprzednich sprawozdań, ogłaszanych przez Dr J. Brudzińskiego, zasłużonego organizatora szpitala i pierwszego jego lekarza naczelnego, a obecnego kuratora honorowego, tem, że wyszło jako osobna broszura i że oprócz sprawozdania dorocznego, objaśnionego całym szeregiem zestawień tabelarycznych, zawiera krótki zarys dotychczasowych dziejów szpitala, oraz szczegółowy a pouczający opis obecnej organizacyi jego, uzupełniony przytoczeniem rozmaitych instrukcyi dla personalu i t. d. Sprawozdanie to podobnie, jak sprawozdanie drugiego szpitala łódzkiego, im. Poznańskich, może pod wielu względami służyć za wzór prac podobnych, a powinno być zachętą dla innych naszych szpitali do takichże publikacyi, na których piśmiennictwu naszemu tak bardzo dotąd zbywa, (jak to udowadnia w »Gazecie lek.« Dr Br. Sawicki w swem sprawozdaniu z książki Dr Bączkiewicza o niedawno zwiniętym Zakładzie pedyatrycznym warszawskim, która również stanowi jeden z rzadkich u nas, a godnych naśladowania przykładów). Wspomnieć należy, że w losach szpitala Anny-Maryi zaszła w r. 1910 ważna zmiana, gdyż fundatorowie, pp. Herbstowie, ofiarowali w tym roku szpital Łódzkiemu chrześciańskiemu Towarzystwu dobroczynności, składając mu jednocześnie 100.000 rb. jako kapitał żelazny i 50.000 rb. jako kapitał obrotowy. W pierwszem pięcioleciu

udzielił szpital opieki 6.566 dzieciom przez 136.912 dni, a w ambulatoryum leczono 42.022 dzieci. W r. 1911 przyjęto do szpitala 1.342 dzieci, które przebyły w nim 33.333 dni (najwyższa liczba od założenia szpitala), ambulatoryjnie zaś udzielono 8109 dzieciom 15404 porad.

Prawie równocześnie wyszło sprawozdanie szpitala Poznańskich, z którego główne dane przytoczymy przy najbliższej sposobności.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 28. X. do 4. XI. 1912 przypadków: ospy 1, płonicy 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Dyplomy lekarskie po złożeniu egzaminów państwowych w Kijowie otrzymali następujący doktorzy wszechnic zagranicznych, rodem z Królestwa polskiego: (Wychowańcy i doktorzy Uniwersytetu Jagiellońskiego): Buczkiewicz Antoni, Buszkowski Władysław, Dębnicki Józef (z odznaczeniem), Krawczyński Stanisław (z odznaczeniem), Lipski Edmund (z odznaczeniem), Lubczyński Józef, Mossakowski Jan, Miłoszewski Mieczysław, Radwan Stanisław, Różycki Feliks Jan; (wychowańcy i doktorzy uniwersytetu lwowskiego): Kożuchowski Tomasz, Walewski Ludwik; (wiedeńskiego): Neuman Jakób, Poznański Józef; (studya w Krakowie i w Wiedniu, doktorat w Wiedniu): Swida Michał (z odznacz.); (studya w Krakowie, doktorat w Zurychu): Bobrowska-Ossowska Alicya; (studya i dyplom we Wrocławiu): Jonszer Karol (z odzn.), Klukow Stanisław, Przedborski Jan (z odzn.), Radziejewski Adam, Tropauer Karol, Wolenberg H.: (studya i dyplom w Lipsku): Sonnenberg-Bergson Henryk (z odzn.), Blumstein M.; (studya w Krakowie i Freiburgu, dyplom we Freiburgu): Bojakowski Leonard; (studya w Paryżu): Altermann.

— Od obecnej pory dyplomy lekarskie, uzyskane w Austryi, nie mają znaczenia na Węgrzech i naodwrót.

— Na plac boju na Bałkanie powołały licznych ochotników-lekarzy ze wszystkich krajów względy humanitarne, obok których po części odgrywały rolę także sympatye narodowe, poczęści chęć zebrania doświadczenia w chirurgii polowej. I tak austryackie »Towarzystwo Czerwonego krzyża« urządziło szpital w Podgoricy dla czarnogórców, wysyłając tam trzech lekarzy; prócz tego wysłano ambulans z jednym lekarzem pod Skutari. Z Pragi udał się prof. Jedlička z 3 asystentami do Serbii, a 7 lekarzy do Czarnogóry. Do Bułgaryi udał się asystent Eiselsqerga, prof. Clairmont i 4 lekarzy słowieńskich z Lublany pod kierunkiem prymaryusza Dr Slajmera. O udziale polskich lekarzy nic dotąd nie wiadomo.

Mianowani: doc. Gauss we Fryburgu w Br. i doc. Goldstein w Królewcu profesorami tytul.; chirurg Dr Brüning profesorem w Giessen, anatom Dr Roud i patolog Dr Beitzke profesorami zwycz. w Lozannie.

Zmarli: Dr Otton Fedorowicz z Mińska lit. w Warszawie; Dr Hipolit Demiński w Rachime gub. Astrachańskiej na dżumę płucną, którą zaraził się przy badaniu susłów zakażonych, jako pomocnik w astrachańskiej pracowni bakteryologicznej.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w październiku 1912 (dokończenie):

Postęp okulist. Nr 7—8. Rumszewicz: O półksiężycowych skórzakach tłuszczakowych spojówki. — Wicherkiewicz: 1) Ostre przerzutowe zapalenie spojówki. 2) Samoistne zwichnięcie soczewki od przedniej komory.

Przegląd chorób skórnych i wener. Nr 7—9: Ksawery Watraszewski (życiorys). — Teofil Żera (życiorys). — Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze, wywołanych przez działanie na nią siarki. — Bernhardt: Leczenie wilka pospolitego metodą Herxheimer-Altmanna. — Wojciechowski: Wartość uproszczonego przez Bauera i Hechta odczynu Wassermanna. — Pstrokoński: Z powikłań rzeżączki.— Racinowski: Przypadek cutis verticis gyratae Jadassohn-Unnae.— Wernic: O leczeniu róży. — Malinowski: Neosalwarsan a salwarsan. — Giedroyć: Domy wilczkowania. — (Zeszyt ten jest poświęcony Jubilatom: Dr Watraszewskiemu i Dr Żerze).

Zdrowie Z. 10. J. Jaworski: Materyały do statystyki i etyologii raka. — Męczkowski: W sprawie t. zw. »chroników szpitalnych«. — Lidmanowski: W sprawie odżywiania się ludu.

Przegląd higieniczny Nr 10. Panek: Wychowanie fizyczne w programie zadań Sokolstwa polskiego.

Kronika dentyst. Nr 10. Zilz: Salwarsan w dentystyce. — Krakowski (c. d.).

Słowo lekarskie Nr 18—19. Ciechanowski: Higiena przemysłu w Galicyi w świetle sprawozdań inspektoratów przemysłowych za r. 1911. — Niegdyś a dzisiaj. — Stahr: O nowym projekcie ustawy karnej. — (Sch.) XVIII. Wiec austryackich Izb lekarskich.

Głos lekarzy Nr 20—21. Pappée: XVIII. Wiec Izb lekarskich (20). — I. Kongres higienistów polskich (20). — Rehabilitacya lekarza (20). — Mikołajski: Kasy chorych w Galicyi (c. d. 20—21). — Stosunki służbowe lekarzy szpitalnych (20).

Nasze Zdroje Nr 20—23. J. I. Kraszewski o zdrojownictwie polskiem. — N. Z. Związkowy Wiec zdrojowy w Krynicy. — Zapolska: Z szczytowych widnokręgów Tatarowa. — Schipper: Przyszłość Truskawca. — Klęsk: O spokoju i ciszy naszych zakładów w zdrojowiskach i uzdrowiskach. — Zaleski, Szuberla i Tatarczuch: W obronie dobrej sprawy. — Stadnicki: W sprawie Szczawnicy. — Sprawy zdrojowisk na VI. Zjeździe techników w Krakowie. — Bandrowski: Czy tylko u obcych uczyć się mamy? — Żebrowski i Bratkowski: Wpływ wody druskienickiej »Nasza« na wydzielanie soku żołądkowego. — Żmijewska: Worochta. — Trzeci sezon zdrojowy w prasie polskiej. — Nasz program kolejowy. — Łobaczewski: Wystawa architektury w Krakowie. — Bandrowski: Kongres radio- i elektrologów w Pradze. — O kolej do Kosowa. — O pocztowe samochody. — Kaden: Z gospodarki zdrojowej w Belgii. — Piotr Skarga na polu szpitalnictwa.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 12. Pelczar (dok.).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. listopada 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Marchlewski: Nowsze postępy chemii biologicznej. 2) Dyskusya nad wykładem Doc. Mazurkiewicza.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Narzędzi Tantal dostarczaja zast. gener. Waldek & Wagner, c. k. dost. dworu, Praga, Graben 3. (Patrz ogłoszenie).

Rok LI. Kraków, dnia 23. listopada 1912. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W PIĘĆDZIESIĄTĄ ROCZNICĘ ZAŁOŻENIA SZKOŁY GŁÓWNEJ WARSZAWSKIEJ.

NAPISAŁ

ADAM WRZOSEK.

»Uniwersytet zamknąć zaraz, również i wszystkie szkoły wyższe; co będzie potrzebnem, później rozkażę«. Te słowa, własnoręcznie przez cesarza Mikołaja I w roku 1831 napisane, położyły kres Wszechnicy Warszawskiej, a z nią kres wielu nieziszczonym nadziejom, z rozwojem tej szkoły nierozłącznie związanym.

»Uniwersytet zamknąć zaraz!« Jakiż to cios był w tych kilku słowach dla każdego, komu drogą była nie tylko przeszłość, lecz i przyszłość narodu naszego! Z jakąż boleścią patrzano wtedy w Warszawie i w kraju całym na niedawno minioną przeszłość, z jakąż obawą rzucano wzrok w najbliższą przyszłość! Zaledwie lat kilkanaście upłynęło od otwarcia Uniwersytetu Warszawskiego, a już go nie stało; zaledwie kilkanaście lat minęło od ogłoszenia pamiętnego ukazu Aleksandra I z dnia 19 listopada 1816 roku, a słowa tego ukazu, będącego aktem fundacyjnym wszechnicy w Warszawie, zdawały się jak gdyby echem dawnej przeszłości. »Lubo znaleźliśmy w Królestwie Polskiem — brzmią słowa Aleksandra I w rzeczonym ukazie — rozszerzone światło nauk przez zaprowadzone szkoły rozmaite i instytucye uczone, jednak chcąc do najwyższego naukowego stopnia doprowadzić oświecenie narodowe, przedsięwzięliśmy ustanowić Szkołę Główną, w której młodzież, nabywając wiadomości w szczególnych umiejętnościach, stosownie do swych zdolności i przyszłego powołania, uspasabiałaby się na pożytecznych krajowi sług i obywateli«. W ukazie jest dalej mowa o tem, że nowa wszechnica, która otrzymała nazwę Królewskiego Uniwersytetu, składać się ma z pięciu wydziałów: teologicznego, prawa i administracyi, lekarskiego, fizyczno-matematycznego, tudzież z wydziału nauk i sztuk pięknych. Nawiązując do tradycyi Wszechnicy Jagiellońskiej, obdarowanej szczególnym przywilejem przez Zygmunta Starego, Aleksander I kończy swój akt fundacyjny następującemi słowy: »Tym sposobem ustanowionej przez nas Szkole Głównej i wszystkim składać ją mającym, tak krajowym jakoteż i z zagranicy przybywającym nauczycielom i słuchaczom, zapewniamy szczególną naszą opiekę. Nadto nauczycielom prawo do wszelkich zaszczytów i ozdób, a mianowicie, za przykładem chwalebnej pamięci króla Zygmunta I, aktualnym profesorom nie-szlachcie przywilej osobistego szlachectwa, które, po dziesięciu latach uczenia, spadać ma dziedzictwem na ich potomstwo« [1]).

Uniwersytet Warszawski spełniał rzetelnie swoje zadanie, dostarczając krajowi pożytecznych obywateli. A gdy na przyszłość rokował jak najlepsze nadzieje, byt jego nagle zniweczony został.

Zamknięcie w roku 1831 wyższej uczelni w Warszawie było ciosem dla społeczeństwa polskiego tem dotkliwszym, że nastąpiło w czasach, w których i gdzieindziej rozwój nauki polskiej był wszelkimi sposoby tłumiony. Los Wszechnicy Warszawskiej podzieliły i inne wyższe szkoły nasze, znajdujące się w krajach, podległych berłu rosyjskiemu. Dnia 13 maja 1832 roku wyszedł ukaz Mikołaja I, zaczynający się od słów: »Cesarz Jego Mość, znajdując pożytecznem zamknięcie Uniwersytetu Wileńskiego, Najwyżej rozkazać raczył i t. d.« [2]). Runęło dzieło Batorego, które w XIX stuleciu zajaśniało było wspaniałym blaskiem. Nie ostało się również ukochane dzieło Tadeusza Czackiego — Szkoła Krzemieniecka.

Młodzież nasza z zaboru rosyjskiego, pozbawiona po roku 1831 wyższych uczelni polskich, zaczęła się garnąć na studya do Krakowa, lecz albo znajdowała podwoje Wszechnicy Jagiellońskiej dla siebie zamknięte, albo wstęp do niej niezmiernie utrudniony. Trzy opiekuńcze mocarstwa, które czuwały nad Rzecząpospolitą Krakowską, hamowały rozwój najstarszego uniwersytetu polskiego, ograniczając jego

[1]) A. Kraushar. Siedmiolecie Szkoły Głównej Warszawskiej (1862—1869). Wydział prawa i administracyi. Warszawa—Kraków 1883, str. 49—50.

[2]) Dr Józef Bieliński. Stan nauk lekarskich za czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej. Warszawa 1889, str. 13.

samodzielność i nie pozwalając władzom uniwersyteckim przyjmować w poczet uczniów wszechnicy Polaków, poddanych austryackich, pruskich lub rosyjskich, o ile nie mieli oni na to pozwolenia od swoich rządów, co uzyskać nie było rzeczą bynajmniej łatwą.



Aleksander Wielopolski.

Po zamknięciu wszechnic w Warszawie i w Wilnie na ziemiach dawnej Polski pozostały jeszcze dwa uniwersytety: w Krakowie i we Lwowie. Atoli Uniwersytetu Lwowskiego, z obcymi przeważnie profesorami i z obcym językiem wykładowym, nie można było żadną miarą uważać za wszechnicę czysto polską. Taką wszechnicą, po upadku powstania listopadowego, była tylko Krakowska. I ten jedyny uniwersytet polski, który, wobec zamknięcia innych wyższych szkół polskich, miał niesłychanie ważne zadania do spełnienia, nie mógł ich, niestety, należycie spełniać. Wyższa bowiem uczelnia może całkowicie odpowiedzieć swojemu szczytnemu posłannictwu tylko wówczas, gdy nie jest w rozwoju swoim krępowana, gdy ma odpowiednich profesorów, dostateczną liczbę należycie uposażonych katedr i gdy nie brak jej licznej rzeszy dobrze do studyów przygotowanych uczniów. Warunków tych nie posiadał Uniwersytet Jagielloński za czasów Rzeczypospolitej Krakowskiej. Najdotkliwszym bodaj dlań ciosem było zabranianie młodzieży polskiej z pod trzech zaborów udawania się na studya wyższe do Krakowa. Wprawdzie konstytucya Rzeczypospolitej Krakowskiej pozwalała Wszechnicy Jagiellońskiej przyjmować na naukę mieszkańców sąsiednich prowincyi polskich, po zreformowaniu uniwersytetu w myśl życzeń opiekuńczych mocarstw [3]), atoli te same mocarstwa, które nadały Rzeczypospolitej konstytucyę, albo wręcz zabraniały swoim poddanym kształcić się w Krakowie, albo utrudniały im udawanie się na naukę do Uniwersytetu Krakowskiego, mimo iż został on w roku 1833 zreorganizowany w takim duchu, w jakim życzyły sobie tego Prusy, Austrya i Rosya. O tem, aby sama Rzeczpospolita Krakowska dostarczała dostatecznej liczby uczniów uniwersytetowi, mowy być nie mogło, bo było to maleńkie państewko, nie mające w chwili swego utworzenia nawet stu tysięcy mieszkańców. Liczba zaś mieszkańców Krakowa nie dochodziła wówczas do 25 tysięcy.

Ciężkiem niewymownie było położenie Uniwersytetu Jagiellońskiego w czasie istnienia Rzeczypospolitej Krakowskiej. Nie polepszyło się, owszem jeszcze się bardziej pogorszyło po przyłączeniu Krakowa do Austryi w roku 1846. Zaraz w roku następnym zaczęła się germanizacya uniwersytetu, która, z krótką przerwą po roku 1848, trwała do 1861 roku.

W czwartym, piątym, a poniekąd i w szóstym dziesiątku lat ubiegłego stulecia na całym obszarze dawnej Rzeczypospolitej nauka polska nigdzie się nie mogła całkiem swobodnie rozwijać. Na tem ponurem tle ówczesnych stosunków raz wraz zaczęły świtać zorze lepszej przyszłości.

W Uniwersytecie Jagiellońskim język polski, jako wykładowy, odzyskuje swe prawa w 1861 roku. W Warszawie na kilka lat przedtem powstaje wyższa uczelnia polska — Akademia Medyko-Chirurgiczna, założona w 1857 roku. Nie trudno wystawić sobie radość, z jaką społeczeństwo polskie witało założenie tej szkoły w Warszawie, w której tradycye Uniwersytetu Królewskiego nie wygasły były jeszcze, w której sporo jeszcze było wychowańców tego uniwersytetu, w której nawet jeden z byłych profesorów Uniwersytetu Warszawskiego, Andrzej Janikowski, wykładał w Szkole Farmaceutycznej, która z jego inicyatywy w roku 1840 powstała. Po założeniu Akademii Medyko-Chirurgicznej Janikowski obejmuje w niej katedrę medycyny sądowej i policyi lekarskiej, a później psychiatryi. Był on niejako żywem ogniwem, łączącem tradycye Uniwersytetu Warszawskiego z Akademią lekarską.

Założenie wyższej szkoły lekarskiej w Warszawie, lubo miało niewątpliwie duże dla kraju znaczenie, nie czyniło jednak zadość wszystkim ówczesnym potrzebom w zakresie wyższego wykształcenia. Potrzeba założenia w Kongresówce całkowitej wszechnicy coraz bardziej dawała się odczuwać w miarę, jak wychowańcy byłego Uniwersytetu Warszawskiego schodzili z widowni życia publicznego. Potrzebie tej miało się wkrótce stać zadość.

W roku 1861 w Królestwie została przywrócona Komisya rządowa wyznań religijnych i oświecenia publicznego. Dyrektorem jej został zamianowany Aleksander hrabia Wielopolski, margrabia Gonzaga-Myszkowski. Pod energicznymi rządami tego niepospolitego męża zajęto się gruntowną reformą szkolnictwa i zakładaniem nowych szkół. Niebawem Wielopolski zaczął się usilnie starać o założenie uniwersytetu w Warszawie. Starania te rychło zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem, i już w roku 1862 doczekała się Warszawa tak bardzo upragnionej wszechnicy. Wówczas Wielopolski piastował już urząd Naczelnika rządu cywilnego Królestwa, a Dyrektorem Komisyi wyznań i oświecenia był Kazimierz Krzywicki.

W ułożeniu projektu nowego uniwersytetu, który otrzymał nazwę Szkoły Głównej Warszawskiej, brał udział cały szereg ludzi, którym sprawy oświaty narodowej bardzo leżały na sercu, a wśród nich sławny Józef Korzeniowski.

[3]) Jacek Mieroszowski. Dzieje Rzeczypospolitej Krakowskiej. Przewodnik naukowy i literacki 1886, T. XIV.

Pamiętnym stał się dzień 25 listopada 1862 roku, w którym Szkoła Główna została uroczyście otwarta. Był to dzień uroczysty i dla Warszawy, i dla całego kraju. Rektor Józef Mianowski, obejmując ster nowego przybytku nauki polskiej, dał w swej pięknej mowie wyraz nadziejom, pokładanym w nowo założonej szkole. Oddawszy hołd Monarsze i Namiestnikowi Wielkiemu Księciu, podniósł ze szczególnym naciskiem zasługi Wielopolskiego, mówiąc: »A kiedyż właściwiej, jak dzisiaj, możemy oddać cześć należną i wyrazić wdzięczność naszą znakomitemu Mężowi Stanu, co oddawna tak dbałym się okazał o narodową oświatę, a obecnie dzierży w swem ręku rządy cywilne kraju? Jemu, Panowie, i Szkoła nasza winna organizacyę, winna istnienie swoje«. »Nowo to otworzony przybytek tej dawnej oświaty, — mówił dalej Mianowski — którą Polska długo jaśniała, przez którą w potęgę wzrosła i tyle się chrześcijańskiemu zasłużyła światu; — nowy przybytek tej wielkiej zachodniej cywilizacyi, którąśmy niegdyś z taką chwałą pielęgnowali u siebie, z taką zasługą krzewili wśród dalszych krajów i plemion....« »Oświatą nie tylko jaśnieją i zasługują się narody, ale się nią też i z upadku dźwigają...« — Wspomniawszy o wielkiem znaczeniu Wszechnicy Jagiellońskiej, która wielu znakomitych uczonych wydała, zaznaczył, że bardziej jeszcze, niż »geniuszami w naukach, zasłużyła się Szkoła Jagiellońska krajowi tem, że mu wychowała wielkich obywateli, ludzi zaprawnych do publicznego i politycznego życia, mężów, co na swych barkach dźwigali trud rządów i sądów potężniejącego państwa«. W końcu swej mowy, zwracając się głównie do młodzieży, rzekł: »Dziś, gdy nowe ognisko narodowej oświaty wznosi się w samej stolicy naszego Królestwa, któż w tem nie widzi zapowiedzi nowej ery, zadatku szczęśliwszej przyszłości? rozumie to z nas każdy, bo spełnienie to gorących życzeń, które każdy z nas oddawna w duszy chował. Obyśmy tylko również zrozumieli obowiązki, jakie na nas wkłada szczęśliwe nabycie tego źródła wiedzy i życia! Obyśmy zrozumieli, że tu nam dana podstawa, na której gmach przyszłości bezpiecznie wznosić można, a bez której wszelka budowa runąć musi ze sromotą obecnych, z zagładą przyszłych pokoleń! Młodzież zacna i szlachetna, kraj swój tak namiętnie miłująca i tak skwapliwie garnąca się do otwartego tu przybytku nauk, oceni trwożną miłość słów moich, a od dawnego ucznia Wileńskiej Szkoły nie wątpię, że serdecznie przyjmie to upomnienie, że jeśli owa Wszechnica z takim pożytkiem się okazała dla kraju, z taką chwałą dla narodu, zasługa to nie była jej nauczycieli, ale daleko bardziej jej uczniów, zasługa ducha narodowego, moralnego i obywatelskiego, którego między sobą i o własnych siłach młodzież tameczna krzewić umiała. — W ręku naszem, Panowie, są tylko rządy nowo założonej Szkoły; w ręku szlachetnej młodzieży są jej losy!« [4])

W Szkole Głównej życie naukowe popłynęło wartkim strumieniem. Młodzież licznie się do niej garnęła; np. w półroczu zimowem roku szkolnego 1866/7 zapisało się: na wydział prawny 488 studentów, na lekarski 194, na filologiczno-historyczny 89 i na matematyczno-fizyczny 377. [5]). Profesorowie, pomni swego posłannictwa, wysoko dzierżyli



Józef Mianowski.

sztandar obowiązków swoich. Wnet wytworzyła się spójnia duchowa między nauczycielami a uczniami, bo zrozumiano, że jednym i drugim przyświecały jednakowe ideały.

Wszystkie wydziały Szkoły Głównej dobrze były urządzone, lecz bodaj najlepiej z nich był zorganizowany lekarski. Nie dziw, bo istniał on już od roku 1857, jako Akademia Medyko-Chirurgiczna. Szczycił się on znakomitym doborem grona nauczycielskiego, wśród którego było wielu ludzi o wybitnych zdolnościach naukowych i niezwykłym darze nauczania. Imiona ich wyryły się nie tylko w sercach ich uczniów, lecz pozostały również we wdzięcznej pamięci społeczeństwa. Przyszły dziejopis Wydziału Lekarskiego w Szkole Głównej Warszawskiej będzie miał wdzięczne zadanie rozpatrzyć szczegółowo i sprawiedliwie ocenić zasługi każdego z nich. Jest to zadanie tem wdzięczniejsze, że sporo materyałów do dziejów Szkoły Głównej zostało już zebranych, a poniekąd nawet opracowanych. Program studyów na Wydziale Lekarskim Szkoły Głównej był znakomicie ułożony. Studya trwały pięć lat. Prócz przedmiotów wykładanych na Wydziale Lekarskim, studenci medycyny obowiązani byli nadto uczęszczać na niektóre przedmioty, wykładane na innych wydziałach, a mianowicie studenci I kursu obowiązani byli słuchać na wydziale matematyczno-fizycznym wykładów fizyki ogólnej, botaniki ogólnej, chemii, mineralogii i zoologii, a na wydziale historyczno-filologicznym wykładów logiki i historyi Rosyi; studenci II kursu słuchali na wydziale matematyczno-fizycznym chemii analitycznej, anatomii porównawczej i mineralogii ogólnej, na wydziale zaś historyczno-filologicznym psychologii. — Co się tyczy katedr na Wydziale Lekarskim, to najważniejsze przedmioty

[4]) H. Lisicki. Aleksander Wielopolski. Kraków 1878, T. II, str. 431—435.

[5]) B. Bartkiewicz. Szkoła Główna Warszawska T. II. Kraków 1911. Str. 92.

miały ich po parę. I tak anatomię wykładał profesor zwyczajny Hirschfeld i profesor nadzwyczajny Pilcicki; semiotykę wykładał profesor adjunkt Ignacy Baranowski, patologię i terapię szczegółową Rosé, a klinikę terapeutyczną prowadził Chałubiński; ginekologię wykładał profesor nadzwyczajny Gliszczyński, a klinikę położniczą prowadził profesor zwyczajny Tyrchowski; profesorów chirurgii było aż trzech: dwóch zwyczajnych (Le Brun i Girsztowt), i jeden nadzwyczajny (Korzeniowski). Nie zapominajmy, że Szkoła Główna Warszawska miała tyle katedr najważniejszych przedmiotów medycznych w siódmym dziesiątku lat ubiegłego stulecia, np. trzy katedry chirurgii, podczas gdy w XX wieku Uniwersytet Jagielloński ma jedną tylko katedrę tego przedmiotu! Trudno zaprzeczyć, że organizacya naszych wydziałów lekarskich w Krakowie i we Lwowie pod niejednym względem dotychczas stoi niżej od organizacyi Wydziału Lekarskiego w Szkole Głównej.

Po przekształceniu Szkoły Głównej na uniwersytet z językiem wykładowym rosyjskim, znakomita większość profesorów pozostała na swych katedrach. Zmuszeni oni byli pracować w daleko gorszych warunkach, niż przedtem, placówek jednak nie opuszczali. Nie wszyscy jednak mogli na swych placówkach pozostać, jak np. najznakomitszy profesor Wydziału Lekarskiego Chałubiński, który musiał z katedry ustąpić, mimo, że gorąco pragnął zajmować ją dalej. Gorszym jeszcze był los docentów prywatnych, aniżeli profesorów. Wobec rusyfikacyi wszechnicy nie mogli oni mieć prawie żadnej nadziei objęcia z czasem katedr profesorskich, bo były one przeznaczone w przyszłości przeważnie dla Rosyan. Musieli więc szukać pola dla swej działalności nauczycielskiej poza Warszawą. Z docentów Szkoły Głównej wybitny botanik Strasburger został powołany na katedrę uniwersytecką w Jenie, a potem w Bonn, znakomity zaś filozof ksiądz Pawlicki objął katedrę w Uniwersytecie Jagiellońskim, w którym dotąd jako profesor honorowy wykłada. Należy wspomnieć także, że do grona profesorów adjunktów Szkoły Głównej należał sławny zoolog Benedykt Dybowski, który po powrocie z Syberyi był przez długie lata profesorem zoologii w Uniwersytecie Lwowskim. Z pośród dawnych uczniów Szkoły Głównej spora garstka z chlubą zajmuje lub do niedawna jeszcze zajmowała katedry w Uniwersytecie Krakowskim i Lwowskim, że wymienię tylko Lucyana Malinowskiego, Piotra Chmielowskiego, Baudouina de Courtenay, Józefa Rostafińskiego, Emila Godlewskiego i Adama Kryńskiego.

Pół wieku upłynęło od założenia Szkoły Głównej Warszawskiej. Wielopolski, Mianowski dawno już w grobie spoczęli. Niema już również wśród żyjących bardzo wielu profesorów Szkoły Głównej. Lecz zasiew, ręką tych mężów rzucony, dotychczas bujne plony wydaje. Snać wybornem było ziarno, snać dobrą była gleba, snać rola umiejętnie była uprawiona. Miała tych siewców Szkoła Główna dużo, miał ich i Wydział Lekarski zastęp niemały. Nie godzi się pomijać milczeniem ich imion, teraz zwłaszcza, gdy pięćdziesiątą rocznicę założenia Szkoły Głównej obchodzimy, bo do sławy jej i Wydział Lekarski w znacznej mierze się przyczynił. Niech się więc przesuną teraz w pamięci naszej czcigodne postacie grona nauczycielskiego Wydziału Lekarskiego: i wybitny profesor anatomii patologicznej Włodzimierz Brodowski; i wielki lekarz, tudzież wyborny nauczyciel Tytus Chałubiński, mąż dużych zasług naukowych; i pełen zapału do nauki, szlachetny charakter Bronisław Chojnowski, ofiara swojego zawodu[6]); i niepospolity chemik i fizyolog Herman Fudakowski, duszą całą nauce oddany; i bardzo ruchliwy na polu wydawniczo-naukowem chirurg Polikarp Girsztowt, wielce przez młodzież kochany; i zapalony anatom Ludwik Hirschfeld, przykład niezwykle silnej woli, człowiek, który zaczął swój zawód jako anatom na posadzie posługacza w prosektoryum anatomicznem, a skończył go na katedrze uniwersyteckiej[7]); i bardzo sumienny uczony, a zarazem nieoceniony nauczyciel, histolog Henryk Hoyer; i pełen zacności znakomity chirurg Le Brun, wychowaniec Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego; i zdolny fizyolog Feliks Nawrocki; i nieprzeciętnych zdolności psychiatra Romuald Pląskowski; i najznakomitszy okulista polski, Wiktor Szokalski, umysł światły, wszechstronny i głęboki, podobnie jak Le Brun wychowaniec Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Nie koniec to jeszcze szeregu profesorów, którzy z katedr medycznych w Szkole Głównej nauczali. Do nich należą także: wielce sympatyczny profesor patologii ogólnej Włodzimierz Dybek, profesor położnictwa Adam Gliszczyński, okulista Witold Jodko-Narkiewicz, biegły chirurg Hipolit Korzeniowski, farmakolog Antoni Kryszka, historyk medycyny i profesor patologii ogólnej Henryk Łuczkiewicz, akuszer Adolf Neugebauer, anatom Michał Pilcicki, profesor patologii i terapii szczegółowej Józef Konstanty Rosé, nauczyciel weterynaryi Piotr Seifman (późniejszy profesor i rektor Szkoły weterynaryjnej we Lwowie), profesor położnictwa Władysław Tyrchowski, profesor farmakognozyi i farmacyi Ferdynand Werner, profesor medycyny sądowej Teofil Wisłocki. Nie wszystkim im danem było torować nowe drogi w nauce lub olśniewać świetnym wykładem swoich uczniów. Atoli wszyscy oni, w miarę swych sił i zdolności, spełniali sumiennie swe obowiązki. I im należy się wdzięczne wspomnienie. Do grona wreszcie ludzi, którzy na Wydziale lekarskim wykładali, należą dwaj profesorowie, łączący współczesne pokolenie uczonych medyków polskich ze świetną tradycyą Szkoły Głównej: Ignacy Baranowski i Julian Kosiński. Nie czas podnosić ich czyny, sławić ich zasługi. Dożył pięćdziesiątej rocznicy założenia Szkoły Głównej Warszawskiej i sędziwy profesor Kryszka, który objął katedrę fizyologii w Akademii Medyko-Chirurgicznej Warszawskiej w 1858 roku, a potem wykładał w Szkole Głównej i w Uniwersytecie Warszawskim. Gdy obejmował katedrę w Akademii Medyko-Chirurgicznej, liczył już 40 lat życia; w tym czasie Baranowski i Kosiński byli młodzieńcami, kończącymi dopiero studya uniwersyteckie. Prof. Kryszka, to ostatni bodaj z żyjących uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego z czasów Rzeczypospolitej Krakowskiej i ostatni z żyjących wychowańców Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej, żywy łącznik czasów naszych z dawnem pokoleniem, które jeszcze w stolicy Litwy wyższe studya odbywało, które na

[6]) Umarł w 34. roku życia, zaraziwszy się od chorego tyfusem plamistym.

[7]) Bronisław Bartkiewicz. Szkoła Główna Warszawska (1862—1869). T. II. Cesarsko-Królewska Warszawska Medyko-Chirurgiczna Akademia (1857—1861) i Wydział Lekarski Szkoły Głównej Warszawskiej (1862—1869), Kraków 1901, str. 189.

własne oczy widziało i na własne uszy słyszało profesorów wileńskich, z katedr nauczających [8]).

Siedem tylko lat sądzonem było istnieć Szkole Głównej. Szczupły to okres czasu działania, osobliwie dla wszechnicy, która działalność swoją rozwijała w niezbyt pomyślnych warunkach zewnętrznych. A jednak może się ona pochlubić nie lada plonem! Zawdzięcza go i dzielnemu orędownikowi wychowania publicznego Wielopolskiemu, i doświadczonemu kierownikowi młodzieży, zasłużonemu rektorowi Mianowskiemu, i niepospolitym profesorom, lecz przedewszystkiem zawdzięcza go ówczesnej młodzieży, ożywionej duchem obywatelskim, zapałem do nauki i pełnej zaufania do swoich przewodników. Tylko w tej atmosferze serdecznej spójni między profesorami i ich uczniami można było podtrzymywać nowe ognisko nauki polskiej, rozniecone w czasie nadciągającej burzy narodowej; tylko w tej atmosferze zgodności dążeń mistrzów i ich uczniów, wychowawców i ich wychowańców, można było osłaniać skutecznie nowy przybytek nauki od grożącej mu zagłady. Z trwożną miłością, z miłością, jaką przepełnione są serca rodziców względem ukochanych dzieci, mówił rektor Mianowski młodzieży o jej obowiązku podtrzymywania szkoły, która miała się stać dobrodziejstwem kraju. Gdy młodzież usłyszała z ust swego rektora, iż w jej ręku spoczywają losy uczelni, założonej po długiem oczekiwaniu i z trudem wielkim, zrozumiała, że to nie był zwrot krasomówczy, lecz słowa szczerej prawdy. Za dobre serce rektora odpłacała mu zupełnem zaufaniem i dawaniem posłuchu jego radom. Czyż mógł jej bowiem radzić źle dawny uczeń Wszechnicy Wileńskiej, przejęty ożywiającymi ją niegdyś ideałami? Czyż mógł jej radzić źle, długoletni pomocnik Jędrzeja Śniadeckiego, z którym łączyły go blizkie stosunki? Czyż mógł jej radzić źle ten, o którym wiedziała, że od pierwszych lat asystenckich przez cały czas swego zawodu nauczycielskiego był nie tylko przyjacielem młodzieży, lecz jej prawdziwym opiekunem? Tak, jak rektor, czuło i myślało wówczas wielu profesorów Szkoły Głównej. I oni doradzali młodzieży jak największą rozwagę w przełomowym okresie życia narodu, jakim był rok 1863. Jeden z najpopularniejszych w owym czasie ludzi w Warszawie, Chałubiński, człowiek nawskroś prawy, obdarzony wielką odwagą cywilną, nie wahał się występować przeciw powstaniu, któremu nie wróżył powodzenia.

Położenie młodzieży akademickiej w Warszawie w roku 1863 było nad wyraz przykre i trudne. Z jednej strony zapał młodzieńczy, co mierzy siły na zamiary, ciągnął ją w szeregi tych, którzy z bronią w ręku porwali się do walki o lepszą przyszłość narodu; z drugiej strony zapał do nauki i rozwaga nakazywały jej być posłuszną swoim przewodnikom, gorąco naród kochającym, a jednak odradzającym jej brać udziału w powstaniu, wystawiając smutne następstwa, jakie mogły spaść stąd na kraj wogóle, a w szczególności na Szkołę Główną, ten zadatek szczęśliwszej przyszłości i nadzieję odrodzenia kraju. Co robić? Ile sprzecznych uczuć miotało uczniami Szkoły Głównej, którzy w kilka miesięcy po otwarciu tej uczelni stawili się, jak jeden mąż, w prosektoryum anatomicznem, aby się naradzić i postanowić: czy brać udział w powstaniu i przez to narazić na niechybny upadek nowo założoną szkołę, czy też pracować pilnie w nadziei, że się w ten sposób da byt jej zachować? »Po naradzie w teatrze anatomicznym mniejszość postanowiła opuścić szkołę, zniknęła i w znacznej części zginęła, a większość pozostała i przepłynęła w swym okręcie przez burzę bez rozbicia, nawet bez chwilowego niebezpieczeństwa. Za to otrzymała ona z Krakowa, jako symboliczne odznaczenie, babie wrzeciono. Wrzeciono to miało wówczas jedną wymowę, a dziś ma drugą. Wtedy było wyrazem urągliwej nagany dla lękliwości, dziś jest dowodem nadzwyczajnego pożądania nauki i rozumienia żywiołowej jej konieczności dla życia narodu. I rzeczywiście — jak ona strasznie się uczyła! Przeważnie tak biedna, że wcale po kilka lat nie jadała obiadu, była przytem tak cicha, że akta sędziowskie Szkoły w całem siedmioleciu nie zapisały ani jednego buntu lub poważniejszego wykroczenia studentów« [9]).

Przez cały czas swego istnienia Szkoła Główna nie sprzeniewierzyła się myślom, które przyświecały jej organizatorom, aby w niej »przemagał kierunek teoretyczny, aby reprezentowała w swem postępowem i ciągłem rozwinięciu i miała na celu, obok przygotowania do różnych zawodów życia, więcej jeszcze utrzymanie i podniesienie ogólnego ukształcenia w kraju, rozkrzewienie wyższej oświaty i nakoniec dalszy postęp i doskonalenie samych nauk« [10]). Dzięki należytemu wykonywaniu tak szeroko zakreślonego planu, tudzież dzięki duchowi obywatelskiemu, jaki ożywiał zarówno profesorów jak i uczniów, Szkoła, staraniem Wielopolskiego założona, odegrała pokaźną rolę w dziejach kultury naszej.

W roku 1903 zjechali się w Warszawie byli profesorowie i wychowańcy Szkoły Głównej. W czasie Zjazdu koleżeńskiego, który miał bardzo uroczysty nastrój, wygłoszono wiele podniosłych mów. Najsławniejszy z uczniów Szkoły Głównej — Henryk Sienkiewicz, zwracając się w mowie powitalnej do obecnych na zjeździe byłych profesorów tej wszechnicy, rzekł: »Tkwiła w nas nieograniczona do Was ufność, a na takiej glebie łatwo wyrasta miłość, łatwo zgoda, łatwo zapał, łatwo praca«.... »Kształciliście rozumy, ale kształciliście także i charaktery« [11]). W rzeczy samej, Szkoła Główna nie tylko kształciła, lecz i wychowywała młodzież na dzielnych kraju obywateli. Zaiste, te tylko wszechnice mogą się szczycić świetnymi swej działalności wynikami, które spełniają dobrze dwa naczelne zadania szkół wyższych, a temi są: kształcenie umysłu i kształcenie charakteru. Szkoła Główna w zupełności sprostała obu tym zadaniom, ponieważ profesorowie jej byli i nauczycielami i wychowawcami swych uczniów. Posiadali oni bowiem nieoceniony skarb: tajemnicę kierowania nie tylko umysłami, lecz i sercami młodzieży.

[8]) Tygodnik »Świat« podał w Nrze 46 z r. b. portrety pozostałych przy życiu profesorów Szkoły Głównej Warszawskiej, a między nimi portrety Baranowskiego, Kosińskiego i Kryszki.

[9]) Mowa Aleksandra Świętochowskiego w czasie obchodu czterdziestej rocznicy założenia Szkoły Głównej. Księga pamiątkowa Zjazdu b. wychowańców b. Szkoły Głównej Warszawskiej w 40-tą rocznicę jej założenia. Warszawa 1905.

[10]) Szkoła Główna Warszawska. T. I. Wydział Filologiczno-Historyczny. Kraków 1900, str. 44—45.

[11]) Księga pamiątkowa Zjazdu b. wychowańców b. Szkoły Głównej Warszawskiej w 40-tą rocznicę jej założenia. Warszawa 1905.

(Z pracowni farmakologicznej Uniwersytetu Lwowskiego).

Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne.

podał

Prof. Dr L. Popielski.

Wewnętrzne wydzielanie oddawna zajmuje umysły lekarzy. Pomimo licznych, nieraz uciążliwych badań, sprawa wewnętrznego wydzielania pozostawała zawiłą i niejasną. Dopiero od 2—3 lat, od wprowadzenia teoryi hormonów, sprawa czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu odrazu stała się pozornie jasną.

Teorya hormonów polega na tem, że stosunek, albo jak często się wyrażają, korrelacya pomiędzy dwoma ściśle określonymi narządami odbywa się nie w drodze nerwowej, ale w drodze humoralnej. W jednym z narządów wytwarza się ciało chemiczne, które dostaje się do krwi i pobudza do czynności ściśle określony narząd. W ostatnich czasach niektórzy z adeptów teoryi hormonów przypuszczają istnienie hormonów hamujących, powstrzymujących czynność danego narządu. Udział nerwów w tem wzajemnem oddziaływaniu narządów jest zupełnie zbyteczny. Każdy więc narząd znajduje się pod wpływem dwóch ciał-hormonów, działających we wręcz przeciwnym kierunku: hormonu podniecającego i hamującego. Teorya hormonów operuje ciałami-pojęciami, mówi o ich działaniu bez żadnych do tego faktycznych podstaw. Dla ludzi, nie uznających analizy fizyologicznej, jako podstawy wiedzy lekarskiej, otworzyło się szerokie pole do najfantastyczniejszych, częstokroć zupełnie bezpodstawnych przypuszczeń. Tak z powiększenia narządu niektórzy odrazu wnoszą o nadmiernem wydzielaniu swoistego hormonu, a zdaniem ich ustrój, przepełniony tą wydzieliną, od jej nadmiaru ginie. Albo gruczoł jest zmniejszony, a więc zdaniem tych autorów mało jest swoistego hormonu i ustrój wskutek niedoboru tego hormonu również ginie. A tymczasem najprostsze fakty z dziedziny wydzielania wewnętrznego mówią, że dla życia ustroju wystarcza choćby tylko niewielka cząsteczka n. p. trzustki, tarczycy, nadnercza. Wreszcie o nadmiarze wydzieliny świadczą nie rozmiary narządu, ale wzmożona jego czynność, zależna od wielu przyczyn, w większości przypadków znajdujących się na zewnątrz narządów. Dla wniosku o działaniu nadmiernej ilości wydzieliny należy mieć ustalony pogląd o działaniu prawidłowej jej ilości.

A tymczasem nietylko nie mamy w ręku samej wydzieliny, ale nie mamy żadnych danych o jej działaniu fizyologicznem. Zwolennicy teoryi hormonów ze szczególnem zamiłowaniem na dowód jej prawdziwości, albo dla jej uzasadnienia przytaczają istnienie sekretyny, jako swoistego hormonu, wytwarzającego się w błonie śluzowej dwunastnicy i podniecającego wyłącznie tylko czynność wydzielniczą gruczołu trzustkowego. Zwolennicy teoryi hormonów uważają istnienie sekretyny za fakt bezsprzeczny i w tym fakcie upatrują niezbity dowód prawdziwości teoryi hormonów. Ponieważ teorya ta opiera się na faktach, zdobytych przezemnie, uważam za wskazane przedewszystkiem w tej sprawie zabrać głos i przedstawić ją w świetle dokładnie przeanalizowanych faktów.

Obecnie dobrze znany jest fakt przezemnie wykryty, że bezpośrednie wprowadzanie kwasu do dwunastnicy psów wywołuje wydzielanie soku trzustkowego. Fakt ten, jakkolwiek sam przez się ważny, nie miałby znaczenia bez odpowiedniej analizy fizyologicznej. Chodziło o wykazanie, czy wydzielanie to zachodzi na drodze nerwowej, czy też w drodze humoralnej. Innymi słowy należało rozstrzygnąć pytanie, czy kwas, drażniąc zakończenia nerwowe błony śluzowej jelit, wywołuje wydzielanie w drodze odruchu nerwowego, czy też wchłaniając się do krwi, wywołuje bezpośrednie działanie na gruczoł. Wydzielanie to jest bezwątpienia pochodzenia nerwowego. Występuje ono zaraz po wprowadzeniu kwasu bez widocznego utajonego okresu. Dwa razy większe zgęszczenie kwasu wiedzie do dwa razy większego wydzielania. Również dwa razy większa ilość kwasu wywołuje dwa razy większe wydzielanie. Spotykamy się co do ilości i siły bodźca z takiemi samemi prawami, jakie kierują wydzielaniem śliny przy wprowadzeniu kwasów do jamy ustnej. Kwas solny, wprowadzony do krwi, nie wywołuje żadnego wydzielania. Myśl o tem, że kwas, stykając się z błoną śluzową, wytwarza specyalne ciało, które, wchłaniając się do krwi, wywołuje wydzielanie, należało odrzucić. Jeżeli kwas, wprowadzony do dwunastnicy, usunąć w okresie największego wydzielania, a następnie po zobojętnieniu wprowadzić do krwi, to wydzielania żadnego nie otrzymujemy. Dalej należało się przekonać, z jakich miejsc błony śluzowej przewodu pokarmowego kwas wywołuje wydzielanie? Okazało się, że wprowadzenie do żołądka, do jelita biodrowego, do kiszki grubej nie wywołuje żadnego wydzielania, które powstaje przy wprowadzeniu tylko do dwunastnicy i górnego odcinka jelit cienkich. Ostatnie fakty posiadają ogromne znaczenie dla zwolenników teoryi hormonów i dlatego na nie zwracam szczególną uwagę.

Jeżeli jednak nerwy biorą udział w wydzielaniu, to należało wykazać ich obecność. Nerw błędny, przechodząc z jamy piersiowej do jamy brzusznej, rozpada się na liczne gałązki. Jedna z tych gałązek, duża, leżąca na zewnątrz od głównego pnia, przy drażnieniu wywołuje tak samo szybko wydzielanie, jak drażnienie struny bębenkowej (chorda (tympani) wydzielanie śliny. Nerwy wydzielnicze przechodzą w ścianach żołądka i przez okolicę odźwiernika przedostają się do gruczołu. Jeżeli przewiązać dwunastnicę zaraz poniżej więzadła dwunastniczowątrobnego, to drażnienie nerwu wywołuje wydzielanie. Fakt ten ma wielkie znaczenie, gdyż wskazuje, że i przy zupełnem przerwaniu dostępu treści żołądkowej do dwunastnicy wydzielanie się odbywa. Po przecięciu odźwiernika drażnienie dolnego jej końca z wewnętrznej strony wywołuje wydzielanie. Dalej okazało się, że w samym gruczole razem z naczyniami biegnie nerw, którego drażnienie wywołuje ogromne wydzielanie bez widocznego okresu utajonego.

Gdzież jednak znajduje się ten ośrodek nerwowy, przy pomocy którego występuje wydzielanie pod wpływem kwasu? Usunięcie rdzenia przedłużonego, przecięcie nerwów błędnych, n. n. trzewnych, nie wpływa na przebieg wydzielania. Rzeczą było ważną wykazać, że rdzeń kręgowy nie bierze żadnego udziału w tem wydzielaniu. W tym celu, po

podwiązaniu aorty poniżej tętnicy trzewnej (arteria coeliaca), po podwiązaniu tt. żołądkowych, śledzionowej, szyjnych, kręgowych i podobojczykowych, na całej długości od pierwszego kręgu na szyi aż do kości krzyżowej otworzyłem kanał kręgowy, przeciąłem oponę twardą i cały rdzeń kręgowy wyjąłem. Usunąłem także splot trzewny (pl. coeliacus), ten prawdziwy »cerebrum abdominis« i przeciąłem nerwy błędne: wprowadzenie kwasu solnego do dwunastnicy wywołało takie samo wydzielanie, jak zwykle. Jeżeli przewiązać odźwiernik dokładnie odpowiednio do górnej granicy więzadła dwunastniczo-wątrobnego, to wydzielania niema, które jednak przy drażnieniu nerwu przebiegającego w samym gruczole, występuje. Należało więc stąd wnosić, że w samym gruczole znajdują się zwoje nerwowe, jako ośrodki odruchowe dla wydzielania soku trzustkowego.

Rzeczywiście, w tem miejscu znalazłem pod mikroskopem olbrzymie zwoje, zawierające każdy po 15—20 i 25 komórek nerwowych.

Opierając się na przytoczonych doświadczeniach, Bayliss i Starling wypowiedzieli przypuszczenie, że wydzielanie zachodzi nie na drodze nerwowej, ale na drodze humoralnej, w ten sposób, że pod wpływem kwasu w błonie śluzowej wytwarza się ciało, sekretyna, która, wchłaniając się do krwi, wywołuje wydzielanie soku trzustkowego.

Przypuszczenie swoje Bayliss i Starling uważali za stwierdzone na tej podstawie, że wyciąg z błony śluzowej dwunastnicy, przygotowany na kwasie solnym, wywołuje po wprowadzeniu do krwi wydzielanie soku trzustkowego. Za nadzwyczajnie ważny dowód swojego twierdzenia autorzy ci uważali ten jakoby pewny fakt, że wyciągi czynne otrzymuje się z błony śluzowej tych części przewodu pokarmowego, z których ja otrzymywałem wydzielanie przy wprowadzeniu do nich kwasu. Bayliss i Starling twierdzili, że wyciągi z błony śluzowej żołądka, jelita biodrowego, kiszek grubych, są nieczynne; według nich czynne jedynie są wyciągi z błony śluzowej dwunastnicy i górnego odcinka jelit cienkich stosownie do moich badań. Sekretyna powstaje z prosekrytyny, z ciała, jakoby istniejącego w błonie śluzowej wspomnianych części przewodu pokarmowego. Sekretyna jest ciałem swoistem, działającem tylko na czynność wydzielniczą gruczołu trzustkowego. Sekretyna jest typem ciał swoistych, hormonów, które podtrzymują stosunek pomiędzy dwoma ściśle określonymi narządami, jest typem chemicznej korrelacyi narządów. Dla korrelacyi narządów nerwy nietylko są niepotrzebne, ale nawet zbyteczne. Rozstrzygającym dowodem twierdzenia Baylissa i Starlinga miało być doświadczenie, nazwane przez nich »experimentum crucis«. Polegało ono na tem, iż odcinek jelita cienkiego był »odnerwiony« w ten sposób, że nerwy, dochodzące do niego, zostały przecięte. Bayliss i Starling wprowadzili psu w uśpieniu chloroformowo-eterowo-alkoholowem najpierw kwas solny do dwunastnicy i, przekonawszy się, że wydzielanie występuje, wprowadzili następnie do tego »odnerwionego« odcinka tę samą ilość kwasu solnego: wydzielanie również wystąpiło. Jednak ja wykazałem, że wydzielanie występuje nawet wtenczas, kiedy odcinek ten zostanie pozbawiony nietylko nerwów, ale i naczyń krwionośnych, t. j. zupełnie zostanie odosobniony od reszty przewodu pokarmowego. Analiza tego zjawiska wykazała, że wydzielanie występuje dlatego, że odosobnione jelito przy wprowadzeniu kwasu wypełnia się i, mechanicznie uciskając na dwunastnicę, wywołuje przelewanie się wprowadzonego poprzednio kwasu, albo znajdującej się w niej kwaśnej treści i w drodze odruchowej wywołuje wydzielanie. Jeżeli w dwunastnicy treść oddziałuje słabo zasadowo albo obojętnie, to wydzielania przy wprowadzeniu kwasu do odosobnionego odcinka niema. Wydzielanie nie występuje także i wtenczas, kiedy odosobnione od nerwów jelito wyjąć z jamy brzusznej i włożyć do ciepłego rozczynu poza jamą brzuszną. Ukrwienie takiego jelita jest zupełnie prawidłowe. Jeżeli wprowadzić kwas do tak ustawionego odosobnionego od nerwów jelita, to wydzielania niema. Bayliss i Starling wykonali doświadczenie w warunkach, które właśnie dowodzą prawdziwości odrzucanego przez nich poglądu o odruchowem wydzielaniu soku trzustkowego pod wpływem kwasu. Oczywiście, wskutek błędnego wykonania swojego »experimentum crucis«, wskutek braku analizy fizyologicznej, Bayliss i Starling doszli do mylnego wniosku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Badania doświadczalne nad kojarzeniem wyobrażeń

podała

Dr Ludwika Karpińska.

(Odczyt w Towarzystwie psychologicznem w Warszawie, oraz w gronie lekarzy kliniki neurologiczno-psychiatrycznej w Krakowie).

(Dokończenie).

Wspomnę jeszcze na zakończenie o ostatnio odkrytej w szeregu cech kompleksowych, mianowicie o t. zw. zjawisku psychogalwanicznem. Liczne doświadczenia psychologiczne, dla których punktem wyjścia była praca Veragutha (Das psychogalvanische Reflexphänomen) stwierdziły, że jeżeli wprowadzimy osobę badaną w prąd elektryczny, połączony z galwanometrem i będziemy ją poddawać podnietom psychicznym, to następują wychylenia galwanometru; wielkość zaś tych wychyleń zależy (ogólnie biorąc) od siły wzruszeniowego zabarwienia podniety psychicznej. Praca Binswangera posiada pod tym względem w zastosowaniu do kojarzeń największą doniosłość. Z pracy tej wynikałoby, co i moje doświadczenia zdają się potwierdzać, że tylko sygnały kompleksowe wywołują silne wychylenia, natomiast w reakcyach pokrytycznych wychylenia są względnie słabsze nawet, niż przy innych sygnałach obojętnych; niema więc tu zjawiska analogicznego do tego wpływu perseweracyi na reakcye pokrytyczne, jaki widzieliśmy przy innych cechach kompleksowych. Binswanger badał, jaki wpływ na wychylenia wywiera odwrócenie uwagi od sygnału. Okazało się także, że tak samo, jak inne cechy kompleksowe, i wychylenia galwanometru występować mogą wtedy także, gdy kompleks, poruszony przez sygnał, jest w danej chwili nieświadomy.

Omówiliśmy więc zaburzenia, które kompleksy wywoływać mogą w kojarzeniach, lecz pamiętać musimy o tem, że wszystkie te cechy są tylko wskaźnikami kompleksów, których po skończonem doświadczeniu szukać musimy.

W chwili reakcyi w świadomości naszej przeważnie znajduje się tylko mniej więcej przez reagowany wyraz reprezentowany ułamek kompleksu. Stąd widzimy, jak małe znaczenie ma świadomość dla czynności kojarzenia.

Całe nasze myślenie i postępowanie, które w przeważnej swej części wydaje się nam świadomem, składa się w rzeczywistości z tych drobniutkich ułamków, które są nieskończenie ściśle i subtelnie zdeterminowane przez niezliczone czynniki, leżące poza naszą świadomością. Analityczne rozpatrzenie szeregów doświadczeń wykazuje, że jakkolwiek, jak się zwykło mówić, kojarzenie zależy od chęci i osoba badana może powiedzieć, co chce, to jednak nie mówi tego, co chce, lecz musi zdradzić to właśnie, co sądzi najbardziej ukrytem. Kompleksy świadome i nieświadome wywierają na nasze kojarzenia wpływ, który wciąż krzyżuje się z intencyami naszego »ja«. Mimo niechętnej i opornej konstelacyi naszej jaźni wpływ ten sprawia zdradzieckie reakcye podmiotowe i wynurza kojarzenia, o których znaczeniu nie mamy najmniejszego pojęcia. W kojarzeniach zdradza się w sposób mniej lub więcej zamaskowany cały szereg głębokich tajemnic, przytem chodzi nietylko o aktualne, lecz wogóle o wszystkie indywidualnie najważniejsze kompleksy wyobrażeń, ktore obejmują wszystko, co boli i raduje daną jednostkę. Wbrew swemu oczekiwaniu dana osoba odtwarza się w swych kojarzeniach, daje nam niejako momentalne zdjęcia swej duszy.

Ten ważny fakt został przez Junga oraz innych stwierdzony w setkach badań poszczególnych w sposób jaknajbardziej oczywisty. Należy on jednak do faktów, nie będących bezpośrednio oczywistymi, dlatego wątpi o nim każdy, dopóki zapomocą eksperymentów nie przekona się o jego rzeczywistości.

Przez to zostało znalezione dalsze, i to najważniejsze uwarunkowanie kojarzenia. Z faktu, iż w ciągu tych kilku sekund reakcyi wybiera się nie cośkolwiek przypadkowego, lecz nieświadomie czerpie się z materyału wspomnień, widzimy, że reakcye aż do najdrobniejszych szczegółów są wyznaczone przez kompleksy. I wydarzenia życia codziennego możemy wraz z Jungiem porównać do doświadczeń nad kojarzeniami na wielką skalę. Rzeczy w koło nas są tymi sygnałami, na które reagujemy odpowiednio do tego, jakimi jesteśmy, jakimi staliśmy się, nigdy zaś inaczej.

Muszę jeszcze powiedzieć kilka słów o wielorakich trudnościach, które się tym doświadczeniom nastręczają.

Jeżeli osoba badana jest wysoko wykształcona i umysłowo tak wyzwolona, że potrafi myśleć przedmiotowo o uczuciach swoich, w takim razie analiza nie będzie trudna. Jeżeli do badań weźmiemy osobę wrażliwą, dla której jesteśmy obcy, analiza stanie się o wiele trudniejszą. Przedewszystkiem każdy człowiek zachowuje chętnie dla siebie tajemnice swoje i nie chce ich zdradzić za żadną cenę. Następnie zatajeniu sprzyjają pewne właściwości świadomości ludzkiej, które analizę ogromnie utrudniają. Każdy z nas przeżył kiedyś coś bardzo niemiłego, co nas długi czas jeszcze prześladowało. Naturalną reakcyą na to było usiłowanie, by zapomnieć o tym ciemnym punkcie, nie myśleć o nim. Zapomnieliśmy. Ale w reakcyach zdradza się znowuż ten punkt, i długi czas reakcyi, który on wywołuje, wskazuje, że wibracye owego dawnego afektu wciąż jeszcze trwają.

Przy analizie trudno nam przypominać ten punkt krytyczny i nieraz tem dłużej musimy go sobie przypominać, im bardziej był przykry. Z początku napływają wszelkiego rodzaju inne wspomnienia, w końcu jednakże wynurza się stara historya i odczuwamy znowuż lekkie drganie owego dawnego afektu. Są jednak osoby, i to dość liczne, które nie są zdolne przypomnieć sobie krytycznego punktu, które o nim zapomniały zupełnie. One tak silnie wyparły ze świadomości daną przykrość, że już nie mogą jej odtworzyć. Ta niemożność przypomnienia sobie sprawia często wrażenie niechcenia przypomnienia sobie, t. j. osoba badana nie może chcieć o tem sobie przypomnieć.

Pytanie nasze pozostaje bez odpowiedzi. O tę przeszkodę rozbija się niejeden eksperyment. Można ostatecznie daną osobę zahypnotyzować i wtedy widzi się, dlaczego nie mogła przypomnieć sobie. Jej punkt krytyczny jest tak przykry, że rozumiemy odrazu, dlaczego nie chciała, by jej to przypomniano. W ciężkich przypadkach niemożność przypomnienia sobie jest regułą. W tych przypadkach kompleks jest silniejszy od świadomej woli i zmusza właściwie osobę badaną do tego, że nie może chcieć przypomnieć sobie. Kompleks odgrywa tu niejako rolę drugiej silniejszej osobowości, przez którą nasze ja jest opanowane.

Niemożność przypomnienia sobie w jej różnych postaciach stanowi główną przeszkodę analizy. Nie wspomnę tu o szeregu innych przeciwności.

Możnaby postawić analizie ten zarzut, że poddaje się osobie badanej coś, czego w niej niema. Według Junga przypisuje się tutaj sugestyi stanowczo za dużo. Za pomocą kilku oryentujących pytań niemożliwe jest wtłoczyć w daną osobę indywidualnych, konkretnych przeżyć ze wszystkiemi temi załamaniami i nierównościami powierzchni, które są właściwe tylko rzeczywistości. Jeżeli osoba badana rzeczywiście dopuści, by niezręczny eksperymentator poddał jej coś pozornie przeżytego, to chodzi tu o osobę, której już poprzednio różne fantazye błąkały się po głowie.

Kto zapozna się z tem doświadczeniem bliżej i nabierze w niem wprawy, ten nie obawia się już nieznanej potęgi sugestyi.

Profesor Hans Gross i uczniowie jego Wertheimer i Klein, którzy równocześnie z Jungiem i niezależnie od niego rozwinęli teoryę cech kompleksowych przy kojarzeniach, zaznaczyli, że kompleks może dotyczyć przestępstwa i że w pewnych warunkach zapomocą metody kojarzenia udaje się wykryć przestępcę. Wyszli oni z założenia, że jeżeli osoba badana, biorąca udział w doświadczeniach, zdradza się bezwiednie, jak to wykazał Jung, w takim razie i przestępca, mający świadomość przestępstwa, zdradzić się z niem musi, jeżeli śród sygnałów obojętnych damy mu takie, które dotyczą przestępstwa. W ten sposób, jak przypuszczają, możliwem będzie wykazać doświadczalnie czyjś udział w przestępstwie. Sprawa ta jest niezmiernie ważna ze stanowiska praktycznego i doświadczenia laboratoryjne w tym kierunku są wciąż wykonywane. Metoda ta jednakże jest połączona z olbrzymiemi trudnościami, w które wdawać się tutaj nie mogę, lecz które tymczasem przynajmniej nie pozwalają zupełnie na jej stosowanie w praktyce sądowej.

Natomiast zarówno dla psychologii ogólnej, jak i dla psychiatryi, posiadają badania nad kojarzeniami ogromne znaczenie. Płodnem okazało się stosowanie badań nad kojarzeniami w psychiatryi dla różniczkowego rozpoznania poszczególnych psychoz, niewątpliwie większą jeszcze doniosłość zyskają te doświadczenia w praktyce psychiatrycznej tam, gdzie lekarz, stojąc na stanowisku nauki o kompleksach, będzie stosować badania nad kojarzeniami jako środek, torujący mu drogę do tajemnic chorej psychiki.

Literatura: 1) Ziehen. Ideenassoziationen des Kindes. Berlin 1900. — 2) Sommer. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. — 3) Aschaffenburg. Experimentelle Studien über Assoziationen (Kraepelin. Psychologische Arbeiten I). — 4) Jung und Riklin. Experimentelle Untersuchungen über Assoziationen Gesunder. Diagn. Assoz-Studien Bd. I. — 5) Jung. Über das Verhalten der Reaktionszeit beim Assoziationsexperiment. Diagnost. Assoz-Studien Bd. I. — 6) Jung. Experimentelle Untersuchungen über das Erinnerungsvermögen. Gaupp. Centralblatt 1905. — 7) Jung. Über die Reproduktionsstörungen beim Assoziationsexperiment. Diagnost. Assoz.-Studien II. — 8) Jung. Die psychologische Diagnose des Tatbestandes. Juridisch-psychiatrische Grenzfragen IV. 2. 1906. — 9) Emma Fürst. Statistische Untersuchungen über Wortassoziationen und über familiäre Übereinstimmung im Reaktionstypus bei Ungebildeten. Diagnost. Assoz-Studien Bd. II. — 10) Jung. Associations d'idées familiales. Arch. de Psychologie. T. III. 26. — 11) Rittershaus. Die Komplexforschung. Journ. f. Neur. u. Psychol. Bd. XV. u. XVI. — 12) Veraguth. Über das psychogalvanische Reflexphänomen. Karger. Berlin 1909. — 13) Binswanger. Über das Verhalten des psychogalvanischen Phänomens beim Assoziationsexperiment. Diagn. Assoz-Studien. Bd. II. — 14) Radecki. Les phenomènes psychoelectriques. Genève. Kündig (tamże podana szczegółowo odnośna literatura). — 15) Wertheimer und Klein. Psychologische Tatbestanddiagnostik. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik 1904. — 16) H. Gross. Zur Frage des Wahrnehmungsproblems. — 17) H. Gross. Zur psychol. Tatbestanddiagnostik u. Kriminalistik 1905. — 18) Alfred Gross. Zur psychol. Tatbestanddiagnostik als kriminal. Hilfsmittel. (Stern. Beiträge zur Psychologie der Aussage. 1906). — 19) Wertheimer. Experimentelle Untersuchungen zur Tatbestanddiagnostik. Dissert. Würzburg. 1904. — 20) Alfred Gross. Die Assoziationsmethode im Strafprozess. Zeitsch. f. d. gesamte Strafrechtswissenschaft 26. — 21) Kramer und Stern. Selbstverrat durch Assoziationen. (Stern. Beiträge zur Psychologie d. Aussage II). — 22) Freud. Tatbestanddiagnostik und Psychoanalyse. Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. II. Folge. — 23) Jung. Über die Assoziationen eines Epileptikers. Diagn. Assoz.-Studien. Bd. I. — 24) Über die Assoziationen von Imbecilen und Idioten. Diagn. Assoz. Studien. I. — 25) Riklin. Casuistische Beiträge zur Kenntnis hysterischer Assoziationsphänomme. Diag. Assoz. Studien. Bd. II. — 26) Analytische Untersuchungen der Symptome u. Assoziationen eines Falles von Hysterie. Psychiatr.-neurol. Woch. 1905. — 27) Über die diagnostische Bewertung von Assoziationsversuchen bei Hysterischen. Gaupp. Centralblatt 1909. — 28) v. Bolte. Assoziationsversuche als diagnostisches Hilfsmittel. Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie 1907. — 29) Holzinger. Über Assoziationsversuche bei Epileptikern. — 30) Rittershaus. Zur psycholog. Differentialdiagnose der einzelnen Epilepsieformen.— 31) Jung. Psychoanalyse und Assoziationsexperiment. Diagn. Assoz. Studien. I. — 32) Jung. Assoziation, Traum und hysterisches Symptom. Diagn. Assoz. Studien II. — 33) Jung. Zur Psychologie der Dementia praecox.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Bashford. **Problem raka.** (Tow. med. wewn. Berlin X. 1912). B. (jako gość z Anglii) przedstawił w odczycie bardzo ciekawe dane statystyczne o raku. Bezwątpienia obecnie spotyka się raka znacznie częściej, ale też znacznie częściej go się rozpoznaje, niż dawniej. Mniej więcej co piąty mężczyzna, a co siódma kobieta cierpi na raka. W rodzinach złożonych z 5 członków, w 51% nie ma raka, a w złożonych z 10 członków mniej więcej w 33%. W r. 1806 na milion mieszkańców wypadało 480 raków, obecnie 1008. Zwłaszcza w krajach, gdzie oglądanie zwłok odbywa się obowiązkowo przez lekarzy, stwierdzono wielką śmiertelność wskutek raka, co odnieść należy do lepszych rozpoznań. Tem też tłómaczyć należy sobie fałszywie podawany fakt, że w krajach dzikich nowotwory prawie nie występują. Co do dyagnostyki, to w przypadkach trudnych, zwłaszcza raków wewnętrznych, jeszcze i lekarze w 37·8% nie rozpoznają raków. Rak występuje równie często u ludów jedzących mięso i u odżywiających się pokarmami roślinnymi. Wielki wpływ na rozwój raka mają podrażnienia przewlekłe. Dowodzą tego między innemi: 1) częste występowanie raka na brzuchu u mieszkańców Kaszmiru wskutek noszenia ogrzewających koszyków w okolicy brzucha, 2) raki ust u ludów żujących różne zioła, 3) raki przełyku w Chinach wskutek spożywania gorącego ryżu (przyczem mężczyźni zapadają częściej, bo przy jedzeniu dostają potrawy wcześniej od kobiet). W zaraźliwość bezpośrednią raka B. nie wierzy. Samorodne wyleczenie się raka występuje w 1% schorzeń. A.

Lubarsch. **Znaczeie urazu dla powstawania i wzrostu guzów chorobowych.** (Mediz. Klinik. 1912, Nr 41). Dotąd wiemy dość pewnie, że po urazie powstają nieraz tłuszczaki (zwłaszcza palców), bliznowce i chrząstniaki. Co do mięsaków jest to także prawdopodobne, co do raków zaś dotąd nie mamy pewnego naukowego dowodu na to, żeby rak po urazie mógł powstać. A naodwrót statystyka uczy, że właśnie te miejsca, które najczęściej wystawione są na urazy, nie są wcale najczęstszem siedliskiem raków. Natomiast nie ulega wątpliwości, że uraz, zwłaszcza trwały, wywoływać może szybszy wzrost istniejącego nowotworu, lub ułatwić tworzenie się przerzutów. Po operacyach nieraz nowotwory właśnie nagle zaczynają rosnąć szybko; naodwrót jednak nieraz niedoszczętna operacya wpływa tłumiąco na dalszy rozwój guza. Wogóle pamiętać należy, że wzrost nowotworów nie jest jednolity i równy, że one raz rosną szybko, to znowu powolniej, lub całkiem rosnąć przestają. Aby uraz wpłynął na rozwój guza, potrzeba, aby był albo trwały, albo jeżeli jest nagły, aby był bardzo silny. Związek przyczynowy urazu z nowotworem przyjąć można tylko wtedy, jeśli między urazem, a powstaniem nowotworu nie upłynął czas zbyt długi. Nie można wyłączyć związku, jeżeli uraz nie zadziałał w samo miejsce powstania nowotworu. Badanie drobnowidowe może nam nieraz przyjść z pomocą, wykazując w nowotworze zmiany, świadczące o zadziałaniu urazu. K.

Schick. **Dr Zeller i jego leczenie raka.** (Tow. fizyk. med. w Wiedniu. X. 1912). S. we wrześniu udał się specyalnie do Weilheim, małej mieściny w Würtembergu, gdzie Zeller w prymitywnych bardzo warunkach przeprowadza swe próby leczenia raka zapomocą wewnętrznego podawania krzemu, a zewnętrznie stosowania arszeniku. W istocie wyniki są zdumiewające. Napływ chorych jest tak ogromny, że Zeller budować zamierza sanatoryum, zwłaszcza, że niektóre miasta ofiarowują mu na to grunt i pieniądze. S. widział wyleczenia raków błon śluzowych i rozległych raków sutka z przerzutami. Zeller ma nadzieję, że uda mu się raki leczyć samym tylko sposobem wewnętrznym; jest on stanowczym przeciwnikiem operacyjnego leczenia raka, uważając ten sposób za niedokładny, a nawet często wprost szkodliwy dla ustroju. A.

Czerny. **O nieoperacyjnem leczeniu nowotworów.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 41). Na początku swej pracy C. zaznacza, że swoistego sposobu leczenia raka nie udało się dotąd wynaleść i kto wie, czy wogóle się go wynajdzie. Dotychczasowe próby zachęcają jednak do dalszej pracy. Oczywiście obecnie nie można jeszcze marzyć o skutecznem leczeniu przy charłactwie i przerzutach w narzą-

dach wewnętrznych, ale w licznych innych przypadkach osiąga się tak wielką poprawę i ulgę w cierpieniach, że można już mówić o wyleczeniach. Sposoby nieoperacyjne możemy stosować tam, gdzie chory na operacyę się nie zgadza lub jej ze względów innych wykonać nie można, musimy zaś te sposoby stosować celem polepszania naszych wyników operacyjnych lub w razie nawrotów. Leczenie nowotworów zaszczepianiem róży, aczkolwiek czasem skuteczne, przedstawia jednak za dużo niebezpieczeństw. Również musimy być ostrożni, gdy nowotwór znika za prędko, bo produkta rozpadu mogą wtedy działać zabójczo na ustrój. Leczenia różnemi surowicami, hodowlami mikrobów i toksynami (Adamkiewicz, Schmidt, Doyen, Wlaeff) nie dały dotąd żadnych poważniejszych wyników. Podobnie uodpornianie przeciw nowotworom jest zaledwo w kolebce. W nowszych czasach pokładają wielką nadzieję w chemoterapii. Stosuje się wstrzykiwania arszeniku, salwarsanu, selen-eozyny, metali, jak miedzi, cyny w połączeniu z lecytyną, dalej soli choliny (naśladowanie działania promieni Roentgena) i t. p. Niekiedy osiąga się przytem niezłe wyniki. W ostatnich czasach Zeller osiąga podobno bardzo dobre wyniki, podając wewnętrznie przetwory krzemu, a miejscowo stosując cynober i arszenik. Po salwarsanie spostrzegano wybitny skutek, zwłaszcza przy mięsakach. Dalszym sposobem leczenia nieoperacyjnego jest naświetlanie promieniami Roentgena, radem, aktynem, torem i t. p. Możemy tu przez odpowiednie postępowanie działać rozlegle i głęboko bez szkody dla ustroju. Czasem jednak leczenie to wpływa pobudzająco na wzrost nowotworu, tak, że można je stosować tylko raczej celem zapobiegania nawrotom wspólnie z chemoterapią. Raki oddziałują rozmaicie, zależnie od swej natury i usadowienia. Gdy np. przy rakach skórnych osiąga się nieraz w 80% wyleczenia, to przy rakach sutka zaledwo w 40% nawet mimo równoczesnej operacyi. W wyborze chorych do doszczętnej operacyi powinno się też zachować ostrożność. Gdy guz rośnie szybko, a wystąpił u osoby młodej, nieraz przy objawach zapalnych, lub gdy są guzy mnogie, lepiej wtedy nie operować. Tkankę nowotworową można niszczyć arszenikiem, fulguracyą, termopenetracyą, igłą elektryczną, bezwodnikiem kwasu węglowego i t. p. Celem poprawy stanu ogólnego stosujemy arszenik, kwas krzemowy, mrówkowy, lysol, co zarazem podnosić ma odporność ustroju. Różne te sposoby można ze sobą łączyć i wtedy, zwłaszcza przy nawrotach, osiągać można nieraz niezłe wyniki. Np. naświetlamy nowotwór, wstrzykujemy śródżylnie tor, cholinę, salwarsan i t. d., miejscowo niszczymy nowotwór elektrycznością, a potem stosujemy leczenie wzmacniające. W ten sposób nieraz osiągnąć możemy znaczną ulgę, jeżeli nie stan, równający się wyleczeniu. K.

Kocher. **Wyniki nowszego sposobu leczenia tężca.** (Korresp. f. Schw. Ärzte 1912, Nr 26). K. zachwala na podstawie trzech przypadków leczenie tężca sposobem Meltzera, t. j. zapomocą śródrdzeniowych wstrzykiwań siarkanu magnowego. Stosuje się rozczyn 15%, a z tego 10 cm³ na dawkę (0,03 na klg. ciężaru ciała). Leczenie to wywołuje rychło porażenie mięśni, trwające kilka godzin. Może przytem ustać oddech i wtedy stosować należy sztuczne oddychanie i fizostygminę, ew. przemyć kanał kręgowy. Wstrzykiwania te powtarzać należy w razie potrzeby co kilka dni. Prócz tego kombinować można to leczenie z wstrzykiwaniami antytoksyny, by zobojętniać jad, krążący we krwi. Leczenie takie uważa Kocher za najskuteczniejsze z podanych dotychczas. K.

Perthes. **Znieczulenie nerwów zapomocą drażnienia elektrycznego.** (Tow. lek. przyr. w Tübingen. 1912. VII). Przy znieczulaniu nerwów, zwłaszcza głębszych, mimo wyrobionej techniki nie możemy mieć pewności, czy już igła znajduje się przy nerwie, zwłaszcza jeżeli np. chory jest zamroczony i nie może podać uczuć podmiotowych. P. radzi więc sobie w ten sposób, że łączy strzykawkę przy wstrzykiwaniu z prądem elektrycznym i odrazu bada elektrycznie, czy igła już jest koło żądanego nerwu. Postępując w ten sposób, osiągał P. zawsze pewne znieczulenie, nawet nerwu udowego, kulszowego i t. p. K.

Exner i Schwarzmann. **Przełomy wiądowe, wrzód żołądka i nerw błędny.** (Wien. klin. Woch. 1912. Nr 38). Exner polecił swego czasu przy uporczywych przełomach żołądkowych w wiądzie obustronne przecinanie nerwu błędnego. Obecnie na zasadzie doświadczenia w kilkunastu przypadkach dowodzą autorowie, że przy przełomach wiądowych spotyka się bardzo często poważne zmiany w nerwie błędnym, oraz wrzody żołądka, względnie blizny, i dlatego radzą wycinać nerw błędny, a prócz tego wykonywać ze względu na możliwość istnienia lub powstania wrzodu gastroenteroanastomozę. K.

Otyatrya i laryngologia.

Baldeneck: **Nachylenie i zwrot głowy podczas badania oddziaływania na ciepłotę.** (Archives de laryngol. 1912, 28, zesz. 3). Gdy przepłukujemy ucho wodą zimną, to nachylenie i zwrot głowy odbywa się na tę samą stronę, przy wodzie gorącej na stronę przeciwną. Próbę tę należy robić przy zamkniętych oczach, gdyż inaczej badany mimowoli poprawia nachylenie czy obrócenie głowy. To nachylenie i obrócenie głowy mogą następować albo równocześnie, albo po sobie i trwają nadal, chociaż przestaniemy przepłukiwać przez 10—15 minut; skoro jednak badany otworzy oczy, natychmiast poprawia nachylenie, względnie obrócenie głowy. Podmiotowo badany nie ma świadomości nachylenia, względnie obrócenia głowy, a nawet nieraz nachyla się całem ciałem. Czasami usiłuje badany mimo wszystkiego głowę ustawić w naturalnej pozycyi, ale natychmiast wraca ona do ustawienia odczynowego, wreszcie mogą występować drgania głowy w kierunku strzałkowym lub poprzecznym, na co zwrócił niedawno uwagę także E. Urbantschitsch. Lubo odczyn ten występuje stale, to jednak z różnem natężeniem u różnych osób, a jak widzimy, jest on przeciwny, jak drżenie gałek ocznych podczas badania oddziaływania na ciepłotę, gdzie woda zimna wywołuje drżenie na stronę przeciwną, woda gorąca drżenie na stronę przepłukiwaną. A. B.

Bondy: **Objaw wyrównawczy Ruttina.** (Centralbl. f. Ohrenhk. 1912, str. 306). Ruttin zauważył, iż w razie wyleczenia schorzenia błędnika, obok zupełnej głuchoty i niepobudliwości na ciepłotę, drżenie gałek ocznych obrotowe występuje przy obrotach na zdrową czy chorą stronę zupełnie jednakowo. Obecność tego objawu potwierdza przypadek autora, gdzie przy sposobności zabiegu doszczętnego, podjętego z powodu zaostrzenia się przewlekłego ropienia, otwarto błędnik. Błędnik okazał się zupełnie skostniały, a po zabiegu nie wystąpiło drżenie gałki ocznej. A. B.

Ruttin: **Objaw przebicia się ropnia do bocznej komory.** (Centralbl. f. Ohrenhk. 1112, str. 348). W przypadkach przebicia się ropnia do komory bocznej występuje nagle drżenie gałki ocznej i to ku górze w kierunku prostopadłym, co tłómaczy się uciskiem na okolicę ciała czworaczego. Objaw ten drżenia gałki ocznej ku górze jest zresztą charakterystyczny wogóle dla schorzenia okolicy ciała czworaczego i występuje stale przy ucisku na tę okolicę, przez guz lub z innej przyczyny. A. B.

Mosher: **Nowy sposób cewnikowania jamy czołowej.** (Centr. f. Laryng. 1912, str. 359). Na wewnętrznej górnej powierzchni wyrostka czołowego szczęki górnej tuż naprzeciw przedniego końca małżowiny średniej znajduje się wypuklenie, utworzone przez przednią komórkę sitową (t. zw. cellulla aggeris nasi). Otóż jeżeli wewnętrzną ścianę tej komórki przebije się łyżeczką, to dostaniemy się do obszerniejszej jamki, przez którą zgłębnik, odpowiednio zakrzywiony, z łatwością ma się dostawać do jamy czołowej. Tą drogą zaleca też autor leczenie jamy czołowej. A. B.

Schubert: **Rhodanit w leczeniu dny.** (Centr. für Laryng. 1912, str. 434). Ponieważ w skazie dnawej stwierdza się zawsze wybitne zmniejszenie zawartości rodanu w ślinie, zaleca autor (przy sposobności omawiania objawów dny w górnych drogach oddechowych) podawanie przez jakie osiem dni przetworu rodanowego, rhodanitu, w tabletkach trzy dziennie. Jeżeli teraz badanie śliny wykaże dostateczną ilość rodanu, to autor przechodzi do dwóch tabletek; później zupełnie przerywa podawanie rhodanitu i ewentualnie znowu go podaje, gdyby nastąpił nawrót dny. Autor miał uzyskać tym sposobem leczenia znakomite wyniki. A. B.

Położnictwo i ginekologia.

Saenger. **Schorzenia układu nerwowego w czasie ciąży.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 41). Autor opisuje przypadki zapalenia nerwu i wielu nerwów (polyneuritis puerperalis Möbius), które wystąpiły po prawidłowym porodzie. Zdaniem jego przyczyna tych spraw leży w ciąży, a jest nią zatrucie ustroju. To samo zatrucie jest między innymi powodem wymiotów niepowściągłych; wymagają one przerwania ciąży. Natomiast leczenie przy padaczce w kierunku przerwania ciąży nie jest dotąd ustalone i wymaga obszernej kazuistyki. To samo odnosi się do stanów psychotycznych, które są tak rozmaite, że musi się leczenie uzależniać od każdego poszczególnego przypadku. Jakkolwiek wybitni psychiatrzy zapatrują się pod tym względem sceptycznie na sztuczne poronienie, to jednak zdaniem autora może ono niejednokrotnie uchronić chorą przed trwałą psychozą, o ile jest przeprowadzone we właściwym czasie. A. Markowa.

Eisenbach. **Pituglandol w położnictwie.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 45). Autor rozporządza 30 przypadkami, odnoszącymi się do rozmaitych okresów porodu. W 2 przypadkach stosował E. pituglandol przy sztucznem poronieniu. Pituglandol-Roche, jak to wykazał Hamm, ma równą wartość z przetworami angielskimi. Wyniki autora odpowiadają wynikom przeważającej liczby badaczy. A więc pituglandol nie działa przy poronieniach sztucznych, w czasie porodu czasami zawodzi, przeważnie jednak wpływa korzystnie na bole, usuwając potrzebę zabiegu operacyjnego. Autor poleca pituglandol również bardzo dla zwalczania krwotoków atonicznych. A. Markowa.

Ortenau. **Siedem przypadków schorzeń psychicznych uleczonych sposobami ginekologicznymi.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 44). O. opisuje 7 przypadków, spostrzeganych w klinice Bossiego, gdzie zaburzeniom psychicznym towarzyszyły schorzenia narządu rodnego i gdzie po usunięciu tych schorzeń chore opuszczały zakład, uleczone również i z psychoz. Pod wpływem tych spostrzeżeń podtrzymuje autor w całej osnowie pogląd Bossiego na ścisły związek między stanami psychotycznymi, a schorzeniami narządów rodnych u kobiet, jak i żądanie jego, by umysłowo chore, jak i również i te, które popadają w zatarg z kodeksem karnym, były badane i leczone pod względem ginekologicznym. A. Markowa.

Lehle. **Haematoma vulvae.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 44). Opisując rzadki przypadek (1:1600 — 1:4668 porodów) krwiaka sromu, poleca autor lekarzowi postępowanie wyczekujące, o ile groźne objawy niedokrwistości nie zmuszają do bezpośredniego zatamowania krwotoku przez podwiązanie lub okłucie. Rokowanie jest najlepsze, gdy krwiak ulega wessaniu, a przebieg połogu jest prawidłowy bez podwyższeń ciepłoty. A. Markowa.

Weil. **Przetwory tarczycy przeciw bezpłodności u kobiet.** (Münch. med. Woch. 1912 Nr 42). Autor wychodzi z założenia, że w przypadkach, gdzie niema widocznych zmian w tarczycy, mogą jednak istnieć zaburzenia w chemicznej korelacyi między nią, a jajnikiem. Dlatego też u kobiet, gdzie przyczyna bezpłodności nie leżała w stanie narządów rodnych, stosował W. kołaczyki jodotyryny. W 3 przypadkach leczenie to dało wynik dodatni i nastąpiło zapłodnienie. A. Markowa.

Albrecht. **Peritonitis diffusa gonorrhoica.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 42). Na zasadzie 4 spostrzeganych przez siebie przypadków rozlanego zapalenia otrzewnej, gdzie przeprowadzono badanie bakteryologiczne, stwierdza autor, że dwoinki wiewiórowe same, bez symbiozy z innymi zarazkami, mogą, aczkolwiek rzadko, wywołać rozlane zapalenie otrzewnej. Zaznaczyć trzeba, że pogląd ten ma wielu stanowczych przeciwników. Przebieg takiego zapalenia otrzewnej, w początkach sprawy bardzo burzliwy, ma potem charakter łagodny. Rozpoznanie co do przyrody bakteryologicznej nie da się ustalić przed otwarciem jamy brzusznej. Zabieg ten ma na sprawę chorobową wpływ dodatni. A. Markowa.

Heilbronn. **O działaniu wyciągu z przysadki przy porodzie.** (Münch. med. Woch. 1912. Nr 42). Pituitryna, dla której wskazanie stanowią słabe bóle porodowe, jest dobrym środkiem, który jednakowoż czasami zawodzi. Wymaga ona ścisłego nadzorowania okresu III. Rozpowszechnieniu w kasach chorych stoi na przeszkodzie wysoka cena przetworu. A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 30. X 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski. Obecnych 60.

1) Otwierając posiedzenie poświęcił prezes gorące przemówienie pamięci prof. Kadyia, podnosząc zasługi Zmarłego nietylko na polu zawodowem, ale także narodowem i społecznem. Zebrani wysłuchali tego przemówienia stojąc.

2) Dr Landau wygłosił I część wykładu: **O znaczeniu objawów ogólnych dla wczesnego rozpoznania nowotworów mózgu.** (Rzecz przeznaczona do druku).

3) Dr Landau przedstawił chorego lat 32, z objawami **nowotworu prawej półkuli mózgu** w okolicy ośrodków twarzy i ręki. W ciągu blizko trzechletniej obserwacyi klinicznej spostrzegał L. powolne i stopniowe narastanie objawów ogniskowych i ogólno-uciskowych. Choroba rozpoczęła się napadami skręcania głowy w stronę lewą, bez utraty przytomności i jakichkolwiek innych objawów. Już w kilka miesięcy potem napady te spotęgowały się tak co do siły, jak i częstości, a do skręcania głowy w stronę lewą dołączyły się drgawki w mięśniach lewej połowy twarzy. W $1^1/_2$ roku dołączyły się drgawki w mięśniach ręki lewej, a po kilku miesiącach pojawiły się już ogólne napady padaczkowe z utratą przytomności, przygryzaniem języka, sinicą twarzy, toczeniem piany, oddawaniem moczu i senności po napadzie. Dopiero w 18 miesięcy od początku choroby stwierdził L. lekki niedowład w zakresie środkowej i dolnej gałązki lewego nerwu twarzowego, a w przeszło 2 lata wybitny niedowład połowiczy lewostronny. Niedowład ten, który wystąpił po silnym napadzie padaczkowym, szybko znowu się cofnął, a pozostał jedynie lekki niedowład w zakresie nerwu twarzowego lewego, nieznacznie wzmożone odruchy ścięgniste w kończynach lewych i wybitny objaw Oppenheima na nodze lewej. Z objawów ogólnych pojawiały się u chorego od samego początku od czasu do czasu silne bóle głowy i lekkie zawroty. W trzecim dopiero roku choroby obustronna tarcza zastoinowa, a w ostatnich dwóch tygodniach wymioty i zaburzenia psychiczne w formie apatyi, przygnębienia i senności. Na podstawie tego wszystkiego rozpoznaje L. nowotwór w okolicy ośrodków ruchowych po stronie prawej (twarz, ręka). Wobec braku jakichkolwiek danych w kierunku gruźlicy i kiły (odczyn Wassermanna z krwi i płynu mózgowordzeniowego

ujemny, a leczenie przeciwkiłowe, stosowane z przerwami przez cały okres obserwacyi, bezskuteczne) rozpoznaje L. glejaka. Przeciwko nowotworowi złośliwemu przemawia w tym przypadku bardzo powolny rozwój choroby. Choremu doradzano już niejednokrotnie zabieg operacyjny, na który jednak nie chciał się zgodzić.

4) Dr Landau przedstawia 17-letniego wyrobnika z objawami **postępującego połowiczego zaniku twarzy**. Obok typowych dla tej choroby zmian lewej połowy twarzy istnieje wyłysienie na czaszce, brak brwi, zanik lewej połowy języka i zanik lewej małżowiny usznej. (Przypadek ten ogłoszony zostanie w całości).

5) Dr Rogalski przedstawia chorego R. S. l. 20, z zawodu krawca. Dziedzicznie nie obarczony i w dzieciństwie zdrowy; w 12 r. ż. kopnięty przez konia w lewą połowę głowy, poczem miał być przez tydzień bezprzytomny. Leżał wtedy przez 10 dni w łóżku, w tym czasie miał przez dwa tygodnie ulegać napadom padaczkowatym z ogólnemi drgawkami i utratą przytomności. Po wstaniu z łóżka miał mieć przez 2 tygodnie jakieś stany zamroczenia, w których biegał bez celu po ulicy. W miesiąc później zupełnie wyzdrowiał; pracował aż do obecnej choroby, która rozpoczęła się przed dwoma laty, gdy chory, przebywając w Taszkiencie, cierpiał bardzo z powodu nieznośnych upałów. Uległ wtedy znowu napadowi »epileptycznemu«. Od tego czasu miewa stale napady drgawek, występujące początkowo co 6—7 tygodni, potem coraz częściej, a obecnie co 1—2 tygodni kilka napadów dziennie. Napady te, według opisu chorego, mają charakter padaczkowy z utratą przytomności, przygryzaniem języka i oddawaniem moczu. Nadto skarży się chory na wymioty, które trwają od owego kopnięcia przez konia, a obecnie są lżejsze i rzadsze. Wreszcie podaje, że ma coraz gorszą pamięć. Przy badaniu stwierdza się na głowie po stronie lewej bliznę skórną 5—6 mm długą, a powyżej niej wgłębienie w kości 3—4 cm długie, szerokości jednego palca. Kilka miejsc na języku sprawia wrażenie bliznowatych zaciągnięć, nie są to jednak te typowe blizny, jakie spotykamy u epileptyków. Zresztą wynik badania ujemny. Nieustające drganie obiema kończynami dolnemi drogą perswazyi dało się w krótkim czasie usunąć. Kiedyindziej, gdy chory widzi, że wiele objawów jego choroby nie sprawia tego wrażenia, jakieby sobie życzył, dostaje typowego napadu histerycznego, trwającego około 20 minut. Przypadek ten budzi z tego względu pewne zajęcie, że mimo urazu w głowę i obecności wgłębienia w czaszce, mimo wywiadów przemawiających za padaczką, badanie pozwala stwierdzić tylko napady histeryczne. Rozpoznanie **histeryi** wymaga jednak pewnego zastrzeżenia, ponieważ obserwacya nie pozwoliła jeszcze wyłączyć obecności padaczki objawowej obok napadów o charakterze histerycznym.

6) Dr Jasieński przedstawia chorego F. F., lat 19, który skarży się na upośledzenie władzy w rękach i nogach. Dziedzicznie chory nieobciążony; rozwój prawidłowy. Cierpienie rozpoczęło się w 12 r. życia od lewej kończyny dolnej. Była ona słabszą i chory powłóczył nią przy chodzeniu. W 14. roku życia osłabła ręka prawa, następnie cierpienie rozszerzyło się i na inne kończyny. Badanie wykazało: W kończynach górnych zaniki mięśniowe w grupie mięśni prostujących i mięśni międzykostnych. Odruchy słabo zaznaczone. Odczyn zwyrodnienia. W zakresie kończyn dolnych: Zanik grupy mięśni strzałkowych oraz międzykostnych. Stopa pazurowata. Chód czapli. Odczyn zwyrodnienia. Odruchy kolanowe, stopowe i podeszwowe nie dadzą się wywołać. Czucie dotykowe i bolowe upośledzone w zakresie dłoni do połowy przedramienia; w zakresie stóp do połowy goleni. (Zaburzenia czucia uwidocznione na rycinie, pomieszczonej w Nr 13 »Przeglądu lek.« z dnia 30. IX. 1912). Ze względu na charakterystyczny długi przebieg choroby, na rozpoczęcie się choroby od grupy mięśni strzałkowych, na odczyn zwyrodnienia, rozpoznano **postępujący zanik mięśniowy neurotyczny, typu strzałkowego** (**Charcot-Marie**).

7) Dr Pieńkowski przedstawia chorego, liczącego lat 16, który skarży się na osłabienie krzyża i nóg, stale wzrastające od 2 lat. Dziedzicznego obarczenia i szczególnych danych w wywiadach niema. Badaniem stwierdza się zaniki mięśniowe, które obejmują mięśnie pasa barkowego, lędźwi i zginaczy ramienia w obu kończynach górnych; drobne mięśnie ręki zachowane. W kończynach dolnych prócz zaników wybitny przerost rzekomy (pseudohypertrophia), zwłaszcza w zakresie goleni. Wszystkie odruchy ścięgniste słabsze. Siła mięśniowa nieznaczna. Chód kaczkowaty, niepewny; wstawanie z pozycyi leżącej niemożliwe. Cały ten obraz, ze względu na siedzibę zaników, na powolny przebieg, bez żadnych bólów, na przerost rzekomy i wreszcie przy braku zwyrodnienia elektrycznego, pozwala na rozpoznanie **postępującego zaniku mięśni** (dystrophia progressiva musculorum).

8) Prof. Piltz przedstawił 28-letniego chorego S. W. jako przykład tego, jak często objawy histeryczne nawet przez doświadczonych lekarzy są brane za objawy organiczne i jak często przychodzi w tych przypadkach do interwencyi chirurgicznej.

S. W. cierpi na ciężką histeryę. W 18 r. ż. wzięto jego napady »histero-epileptyczne« za tężec i wstrzyknięto mu surowicę. W 19 r. ż. z powodu »odruchowej padaczki« wycinano mu na dużym palcu prawej ręki żywe mięso. Wreszcie w r. 1910 wykonał znany chirurg, profesor uniwersytetu w Wiedniu, u W. trepanacyę w okolicy lewego płatu ciemieniowego z powodu »padaczki Jacksona«. W r. 1911 poddano chorego jakiejś dodatkowej operacyi w tej samej okolicy czaszki, po której to operacyi rozwinęła się niemota, która na pierwszy rzut oka wraz z psychicznem wzmożeniem prawostronnych odruchów ścięgnistych mogła być łatwo wzięta za niemotę ruchową, pozostającą w związku z jakiemś cierpieniem lewej półkuli mózgu i wykonaną trepanacyą. Przy bliższem badaniu jednak pokazało się, że niemota jest histeryczna, a odpowiedź wiedeńskiego chirurga brzmiała, że trepanacyę wykonał w okolicy lewego płatu ciemieniowego z powodu padaczki Jacksona, oponę i korę mózgową znalazł jednak zupełnie niezmienioną.

W dyskusyi Dr Spira zapytuje, czy w tych przypadkach nowotworów mózgu próbowano prądu elektrycznego, a jeśli tak, to jakie było oddziaływanie chorych wobec niego. Albowiem według Babińskiego i innych wzrasta w nowotworach mózgu odporność przeciw prądowi galwanicznemu i dzięki temu stanowi prąd bardzo czuły sposób dla wczesnego rozpoznania ogniska mózgowego. Dalej wspomina S. o zyskanych w ostatnich czasach metodach, które zapomocą badania równowagi i drżenia oczu pozwalają wcześnie rozpoznawać choroby błędnika, a także i nowotwory móżdżku i mózgu. Wreszcie przytacza S. teorye i spostrzeżenia Neumanna, Ruttina i Baranyego o rozpoznawaniu ognisk nowotworowych mózgu po kierunku padania i po kierunku odchylenia w t. zw. »próbie pokazywania« (Zeigeversuch).

Dr Rydel zaznacza co do chorego, przedstawionego przez Dr Jasińskiego, iż przypadek ten najbardziej zbliża do t. zw. »atrophie Charcot-Marie« względnie »peroneal typ Tooth«; tudzież podnosi, iż w przypadkach tego cierpienia badanych przez siebie stwierdził bardzo wyraźne zaburzenia czucia wibracyi; ciekawemby zatem było, jak ten rodzaj czucia zachowuje się u przedstawionego chorego. Co do chorego kol. Landaua, to R. zwraca uwagę na rozszerzenie zaniku na całym zakresie n. trójdzielnego, tudzież zapytuje, czy rentgenogram nie wykazał zmian kości twarzy, oraz czy niema połowiczych zboczeń w wydzielaniu potu? Co do chorych, przedstawionych przez Prof. Piltza i Dr Rogalskiego, podnosi R., iż aczkolwiek niewątpliwie obaj ci chorzy są histerykami, to jednak niema pozytywnych dowodów, iż napady, na jakie obaj cierpią, są również hi-

sterycznej przyrody. Dowody negatywne, t. j. przez wyłączenie, nie wystarczają w tych razach, przeciwnie trzeba żądać pozytywnych, a za takie można jedynie uważać wykazanie, iż napady dają się jużto wywoływać, jużto przerwać zapomocą wpływów psychicznych, więc np. na drodze sugestyi.

Posiedzenie z d. 6. XI. 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 60.

1) Dr Landau omawia dalszy przebieg choroby u chorego **z nowotworem mózgu**, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu. W 2 dni po przedstawieniu go w Towarzystwie dostał chory silnych bólów głowy z wymiotami i napadu padaczkowego. Zmarł tego samego dnia wśród głębokiej śpiączki.

Prof. Gliński przedstawia preparaty anatomiczne i histologiczne z tego przypadku.

2) Dr Landau wygłosił drugą część swego odczytu.

3) Prof. Piltz: **Rozpoznanie różniczkowe między stanami depresyi a stanami neurastenicznymi lub histerycznymi** (z demonstracyą chorych).

Sekretarz doroczny: Dr Ada Markowa.

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 16. V. 1912.

Jasieński przedstawia chorą M. S. lat 20, która zgłosiła się do ambulatoryum chorób nerwowych dnia 13. IV. 1911. Prócz całego szeregu objawów ze strony układu nerwowego, stwierdzono zwichnięcie nogi prawej w stawie biodrowym, powstałe wskutek upadku. Odesłana do kliniki chirurgicznej, zjawia się chora poraz drugi w ambulatoryum w dniu 8. V. 1912. Z wywiadów okazuje się: Rodzina matki wątła i chorowita, brat matki chory umysłowo. Matka roniła raz; z siedmiorga jej dzieci najstarsze zmarło rychło po urodzeniu, jeden z synów przechodził chorobę gorączkową z objawami psychicznymi. Chora jest drugiem dzieckiem z rzędu, przyszła na świat zdrowo, rozwijała się prawidłowo. W 17. r. życia wyszła za mąż. Mąż jej zdrowy, chorób wenerycznych nie przechodził. Z mężem miewa stosunki, kocha go, trosk poważniejszych w życiu nie miała, stosunki pieniężne uporządkowane. Usposobienia dawniej wesołego, obecnie przygnębiona nieco chorobą, ale los swój znosi cierpliwie. W 19. r. życia dostała regularności, która trwa zawsze około tygodnia, jest bolesną. W ciążę nie zachodziła, dzieci nie miała, chorób wenerycznych nie przechodziła. W grudniu 1910 cierpiała na obustronne przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego. Stan ten utrzymuje się do dziś. Obecna choroba rozpoczynała się powoli. Przez zimę 1910/11, czuła się chora osłabioną, nie mogła wydatnie pracować. W maju 1911 poczęła opadać lewa powieka. Brak sił coraz bardziej się uwydatniał. W sierpniu zauważyła chora, że nie może dobrze rozmawiać, gdyż język »robi się jej drętwy«. Objaw ten stale się pogarszał, rozmowa bardzo chorą nużyła; chora mówiła niewyraźnie, pacierza nie mogła głośno odmówić. W sierpniu poczęło ją męczyć jedzenie; żucie męczyło mniej — nie mogła jednak dobrze kęsów obracać językiem w ustach, połykanie twardych pokarmów było bardzo utrudnione, a płyny wylewały się nosem. W maju chora chodziła jeszcze, potem coraz gorzej; w żniwa mimo usiłowań nie mogła już pracować i musiała wszelkiej roboty zaniechać, gdyż »nie mogła podnieść rąk do góry, ani przed siebie wysunąć, bo natychmiast opadały«, nie mogła »ani wiorsty ujść«. Najbardziej nużyły się kark i ręce, najmniej miała sił w dłoniach, trudno jej było prostować palce. W październiku zasięgnęła porady miejscowego lekarza, poczem stan się nieco polepszył, ale w marcu 1912 choroba powróciła z poprzedniem nasileniem bez widocznej przyczyny. W połowie marca uległa chora wypadkowi: tryby młocarni uchwyciły jej suknię i obaliły chorą na ziemię, przyczem zwichnęła nogę. Obecnie stan znowu jest nieco lepszy.

Badanie fizyczne: Źrenice równe, odruchy ich utrzymane, wydatne. Ruchy gałek ocznych zachowane. Odruchy spojówkowe i rogówkowe żywe. Obie górne powieki, a zwłaszcza lewa, nieco niżej ustawione. Chora nie może powiek silnie zacisnąć. Prawy kąt ust ustawiony nieco niżej. Dolna część twarzy nieruchoma, podobna do maski. Warg do gwizdu złożyć chora nie może. Język nie zbacza, wystawiony drży lekko. Łuki podniebienne przy fonacyi napinają się niezbyt dobrze, odruchy gardłowe i podniebienne bardzo słabe. Pnie nerwowe zaledwie tkliwe. Dno oka prawidłowe, słuch, powonienie, smak bez zmian. Mowa zatarta, nosowa, powolna, chora potrafi jednak głośno zmówić dwa pacierze bez widocznego znużenia (dawniejby tego nie potrafiła). Przy połykaniu płynów płyn wydobywa się czasami nosem i chora twierdzi, że gorzej łyka, »gdy się zmorduje«. Ruchy kończyn górnych i dolnych zachowane, odruchy prawidłowe. Palce rąk rozstawione drżą. Zaników mięśniowych nie ma. Badanie elektryczne nie wykazało odczynu myastycznego, ani odczynu zwyrodnienia. Objawu Romberga niema, odczyn Wassermana ujemny. Zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca niema. Tętno 102. Niema zmian w sercu, płucach, w oddychaniu, niema zaburzeń czucia, dermografii.

U chorej wysuwają się więc na pierwszy plan objawy porażenia opuszkowego: osłabienie mięśni mimicznych twarzy, warg, języka, podniebienia, opadnięcie powiek, przyspieszenie akcyi serca, nadto słabość i rychłe nużenie się mięśni karku, grzbietu, rąk i nóg. Wobec braku zaników mięśniowych, odczynu zwyrodnienia, zaburzeń czucia, zaburzeń ze strony pęcherza i stolca, wobec powolnego przebiegu choroby, zwolnień stanu chorobowego i młodego wieku chorej, pozwala powyższy obraz chorobowy na rozpoznanie **myastenia gravis pseudoparalytica**, chociaż brak jest odczynu myastenicznego. Rozpoznawanie histeryi w tym przypadku zdaje się nieuzasadnione z powodu braku jakichkolwiek cech psychicznych tej choroby; a nie możemy też wyśledzić żadnego urazu psychicznego, któryby chorobę wywołał, ani też dopatrzeć się »interesu«, jakiby chora w cierpieniu tem mieć mogła.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie z dnia 28. IV. 1912.

W obecności licznie zebranych członków zagaja prezes kol. Chłapowski posiedzenie, prosząc na przewodniczącego kol. Krzyżagorskiego z Wrześni.

1) Kol. Chłapowski odczytuje zaproszenia na Zjazd neurologów w Krakowie, Zjazd chirurgów w Warszawie, na wykład swój o lekarzu-malarzu Dr hr. Chotomskim i na jubileusz Izby lekarskiej poznańskiej.

1) Kol. Pomorski przedstawia: a) Torbiel u dziecka na szyi, wielkości głowy, którą uważa za **lymphangioma cavernosum**. b) Dziecko z **luxatio anterior duplex** i **pes equinovarus congenitus**. c) Chłopca, któremu przy operacyi wskutek próchnienia kości ramieniowej przecięto nerw sprychowy. Prelegent wykonał **plastykę nerwu**.

W dyskusyi zapytuje kol. Wierzejewski, czy klinicznie także rozpoznano zwichnięcie; rentgenogramy nie zupełnie przekonywują. — Kol. Mieczkowski nie uważa torbieli za naczyniaka chłonnego, natomiast jako powstały z resztek skrzelowych. Naczyniak musiałby uwydatniać tętno albo szmery. — Kol. Pomorski godzi się na to z zastrzeżeniem, że torbiel powstała z naczyń limfatycznych.

2) Kol. Wierzejewski przedstawia a) **Złamanie wyrostka kolczystego piątego kręgu lędźwiowego.** Chory, borowy, po dźwignięciu sarny poczuł silny ból w krzyżu i skarżył się na to, ale nikt mu nie chciał wierzyć i brano go za symulanta. Po wędrówce do całego szeregu lekarzy dostał się do polikliniki Tow. higienicznego, skąd go skierowano do dokładniejszego zbadania do kol. Wierzejewskiego. Dopiero tu wykonanie rentgenogramu wykazało istotne cierpienie. b) **Całkowite porażenie lewej nogi u dziecka, leczone zesztywnieniem wszystkich stawów.** Staw skokowy operował prelegent według Biesalskiego, przeciągając mięsień przez kanał, utworzony w piszczeli.

W dyskusyi zaznacza kol. Pomorski, że podobne przypadki operował inaczej, przez artrodezę.

3) Kol. Mieczkowski przedstawia jeszcze raz przypadek, operowany z powodu **raka krtani**. Rana się tymczasem zagoiła; chora mówi szeptem.

4) Kol. Steinborn (z Torunia): **O nowoczesnem leczeniu kiły ze szczególnem uwzględnieniem salwarsanu.** Naprzód przedstawia prelegent technikę, poczem przechodzi ostatnie zdobycze naukowe w dziedzinie syfilidologii: 1) szczepienie jadu kiłowego na małpę, 2) odkrycie krętka bladego, 3) odczyn Wassermanna, 4) salwarsan. Możliwość rozpoznania kiły bez objawów widocznych posunęła nas nadzwyczajnie naprzód. Przekonaliśmy się przez stosowanie odczynu Wassermanna, że bez swoistego leczenia kiła usunięta być nie może, dalej, że uodpornienie w znaczeniu dotychczasowem nie istnieje. Neisser wskazał, że leczenie jest tem skuteczniejsze, im rychlej się je rozpoczyna. Salwarsan stosować będziemy w następujących przypadkach: 1) przy nadmiernej wrażliwości wobec rtęci, 2) w przypadkach, w których rtęć nie oddziałuje, 3) gdzie dla nadczułości jelit albo nerek należy unikać rtęci. Sprawa neurorecydyw nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Dotychczasowe przypadki śmierci nie dowiodły przy obdukcyi z całą stanowczością, że przyczyną był salwarsan. Przeciwwskazania salwarsanu są następujące: ciężkie charłactwo, bardzo posunięty wiąd rdzenia i porażenie postępowe, choroby serca, wątroby i naczyń krwionośnych. Najlepsze jest wlewanie wśródżylne rozczynu zasadowego. Powinno się chorego leczyć klinicznie ze względu na działania poboczne. Czy w salwarsanie zyskaliśmy środek, którym całkowicie możemy wyleczyć kiłę, okaże dopiero przyszłość.

W dyskusyi podnosi kol. Karwowski następujące zasadnicze punkta: Dawniej trzymano się zasady, by nie leczyć wcześniej, aż ukażą się objawy wtórne, jako pewny dowód kiły, a to, by nie narazić chorego z podejrzaną tylko raną na kilkoletnie leczenie. Teraz ta obawa upada. Odczyn Wassermanna pozwala stwierdzić rozpoznanie w każdej fazie. Można więc ryzykować leczenie rychłe. 2) Przy wcieraniach bardzo przykre są powikłania ze strony dziąseł, które nie następują tak łatwo przy wstrzyknięciach. 3) Śródżylnego wstrzykiwania salwarsanu niepowinno się stosować ambulatoryjnie. 4) Należy dokładnie zbadać narządy wewnętrzne, mianowicie też żołądek, ponieważ zdarzały się przypadki śmierci przy ukrytym wrzodzie żołądka. 5) Należy tak przy wlewaniu śródżylnem, jak i przy wśródmięśniowem wstrzykiwaniu zawiesiny olejnej pamiętać o możliwości zatoru powietrzem wzgl. tłuszczem. Mówca opisuje **przypadek zatoru salwarsanem** w tłustej zawiesinie przy wstrzyknięciu wśródmięśniowem, który sam spostrzegał. Mimo ostrożności, odjęcia strzykawki po nakłuciu, wyssania igły i powolnego wstrzyknięcia, chory nagle dostał gwałtownej duszności i sinicy. Po dawce morfiny uspokoił się chory, w piersi jednak czuł ogromne tłoczenie i trudność przy oddychaniu. Wieczorem chory czuł się stosunkowo dobrze, jednak trudno oddychał. Po 2 tygodniach wszelkie objawy ustąpiły, ani opukiwanie, ani rentgenoskopia nie wykazały nacieku w miejscu zatoru. Przyczyną było tu zatkanie kanki grudką zbitego salwarsanu, które sprawiło, że po nakłuciu żyły krew się nie ukazała, co oczywiście byłoby wskazaniem do nakłucia w innem miejscu. Znamienną jest rzeczą, że chory już poprzednio gdzieindziej przy wstrzyknięciu rtęci dostał również zatoru. 6) Mowca zapytuje prelegenta, co się dzieje z lekiem, jeśli nastąpią wymioty i czy żółty kolor wymiocin należy przypisać barwie salwarsanu. 7) Gorączkę po wśródżylnem stosowaniu należy przypisać samemu lekowi. Jeźliby przyczyną była woda przekroplona, to czemuż nie słychać o owej gorączce po zwyczajnych wlewaniach rozczynu fizyologicznego?

Kol. Mieczkowski widział chorego z zatorem po wstrzyknięciu; zapytuje, czy to częsty wypadek?

Kol. Łazarewicz wyraża zdanie, że przyczyna objawów ubocznych leży w wodzie, coprawda przekroplonej, ale zawierającej szczątki bakteryi, a więc i ich jady. Należy samemu wodę przekroploną przyrządzać. Zakrzepy są skutkami złej techniki, t. j. wpuszczenia leku w tkankę bez przekonania się poprzedniego, czy igła leży w świetle żyły. Należy na początku i na końcu wstrzyknąć rozczyn solny.

Kol. Chłapowski salwarsanu nie stosował sam, odradzał go zaś u wycieńczonego przełomami żołądkowymi chorego na wiąd rdzenia i porażenie postępujące. Tutaj widział dobry na pewien czas skutek tuberkuliny według Wagnera von Jauregg i hektiny.

Kol. Stasiński ze stanowiska okulisty nie jest zbyt wielkim zwolennikiem salwarsanu. W każdym razie znacznie częściej zachodzą u syfilityków, leczonych tym środkiem, powikłania wzrokowe. Na niektóre zapalenia oczne wpływ leku jest bardzo nieznaczny, mianowicie na zapalenie miąższowe rogówki na podstawie kiły wrodzonej. Najlepszy ma salwarsan wpływ na porażenie nerwów okoruchowych wzgl. powiek (mianowicie na t. zw. ophthalmoplegia interna i opadnięcie powieki). W tych też jedynie przypadkach kol. Stasiński stosuje salwarsan, albo w takich, które nie ustępują innemu leczeniu. Zanik nerwu wzrokowego w tych przypadkach nie wstrzymuje mowcy od stosowania leku, który jako taki (przez zawartość arszeniku) szkodliwych zmian w nerwie nie wywołuje. Ponieważ jednak możliwa jest idyosynkrazya, przeto mowca rozpoczyna od małych dawek. Po takiej pierwszej dawce zbadanie oka jest równie ważne, jak przed jej zastosowaniem, jeśli nie ważniejsze.

Kol. Steinborn odpowiada: Wymioty rzadziej zachodzą, gdy się wstrzykuje naczczo. Przyczynę działań pobocznych należy przypisać wodzie, czasem też soli. Zbadanie oczu jest niezbędne. Ponieważ zazwyczaj żyłę prelegent odsłania, przeto nie zachodzi obawa dostania się leku w tkankę.

5) Kol. Łazarewicz: **Leczenie przewlekłego nieżytu macicy.**

I. Przy pierwszych krwawieniach endometrytycznych wchodzą w rachubę następujące środki: 1) Łyżeczka, która zawsze się utrzyma np. gdzie chodzi o malutkie polipki, mięśniaki itd. oraz o krwawienia klimakteryczne. 2) Atmokausis sposobem Pinkusa, która niesłusznie jest prawie zapomniana. 3) Roentgen. Działa znakomicie w krwawieniach klimakterycznych. Należy jednak tylko stosować go przy doskonałej technice i dbać o to, by promienie doszczętnie zniszczyły jajka w jajnikach. 4) Seroterapia, wprowadzona przez Bussego z Jeny. 5) Doszczętne usunięcie macicy. — Wreszcie wewnętrzne środki, jak styptol i t. p.

II. Usuwanie wydzieliny: 1) Przypalanie według Mengego formaliną lub jodem. Przedtem należy szyjkę należycie rozszerzyć. Ostrożność wskazana, jeśli są powikłania w przydatkach. 2) Laseczki itrolowe, alumnolowe i t. d. 3) Tampony glicerynowe (nie mają celu, bo i tak lek się nie wchłania). 4) Gałki esterdermasanowe, thiopinolowe (mowca bardzo je poleca). 5) Przepłukiwania mają tylko wartość toaletową; najlepiej używać rumianku lub sody (pół łyżki na litr). Przy wiewiórze jednak należy stosować hyoxycyanat, zincum chloricum, przy nadżerkach ocet drzewny albo Paquelina. Irygatorowi wytoczył walkę Nassauer, zaleca natomiast suche wdmuchiwanie glinki. Próby biolo-

giczne z drożdżami nie miały dodatnich wyników, ponieważ drożdże nie mieszają się ze śluzem. Należy kłaść nacisk na leczenie ogólne, ponieważ nie sama macica wchodzi w grę.

Dyskusya: Kol. Suszczyński w imieniu lekarzy-praktyków dziękuje prelegentowi za cenne wskazówki. — Kol. Karwowski zapytuje, jak ginekolodzy starają się przy wiewiórze u kobiet o zniszczenie zarazków. Spostrzegał nieraz, że ginekolodzy większy kładą nacisk na leczenie objawów wiewióra niż na leczenie przyczynowe, t. j. skierowane przeciw zarazkom. — Prelegent odpowiada, że najważniejszą jest tu wstrzemięźliwość płciowa. W podostrych wzgl. przewlekłych przypadkach należy robić przyżegania wnętrza macicy co tydzień 5—6 razy, potem przerwać leczenie na pewien czas. Ze względów społecznych należy koniecznie dbać o to, by usunąć zarazki.

6) Stanisław Szuman: **O pojęciu inteligencyi i niektórych metodach jej badania.** Autor podnosi naprzód zależność inteligencyi od stosunku, zachodzącego pomiędzy poszczególnym osobnikiem, a światem zewnętrznym, dalej mówi o wynikających ze stosunku tego procesach fizyologicznych, fizyopsychicznych i psychicznych. Procesy te okazują pomiędzy sobą przejścia. Istota i rozwój inteligencyi warunkowane są dziedzicznością, wiekiem, uzdolnieniem, wykształceniem, otoczeniem, dostosowaniem lub niedostosowaniem się i wogóle najrozmaitszemi konstelacyami życiowych danych. Symboliczne językowe (względne) oznaczenie inteligencyi. Poszczególne procesy inteligencyi: tworzenie się wyobrażeń i pojęć, kojarzenie, porównywanie, wyróżnianie, odpoznawanie, wnioskowanie, sądzenie, analiza i synteza, odnosząca się do własnej jaźni i do świata zewnętrznego. Stosunek inteligencyi do samowiedzy, uwagi, wyobraźni, pamięci. Wpływ uczuć i wzruszeń na inteligencyę. Wpływ inteligencyi na wolę i odwrotnie. Ujawnianie się inteligencyi jako pewnej treści psychicznej w symbolach mowy. Względne cechy inteligencyi prawidłowej i nieprawidłowej. Zależność oceniania ich od indywidualizmu badanego i badającego osobnika. Inteligencya średniej miary, talent i geniusz. Usiłowania naukowe Galla i następców jego, odnoszące się do lokalizacyi inteligencyi w mózgu. Metody badania inteligencyi, odnoszące się do procesów jej poszczególnych, oraz zamierzające ogarnąć jej całość (metody skombinowane). Względna tylko wartość prób inteligencyi. Wyniki badania próbami temi umysłowo chorych. Inteligencya z biologicznego, psychologicznego, psychiatrycznego, socyologicznego i filozoficznego punktu widzenia. (Streszczenie własne).

Wykłady kol. Pomorskiego i kol. Nowakowskiego odroczono dla braku czasu do przyszłego posiedzenia.

Adam Karwowski.

XVIII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

(20. i 21. grudnia 1912).

I. Referaty programowe: 1) O leczeniu złamań kości (sprawozdawcy pp. J. Borzymowski z Warszawy i M. Rutkowski z Krakowa). 2) O ropnem zapaleniu otrzewnej (sprawozdawcy pp. L. Kryński z Warszawy i M. W. Herman ze Lwowa).

II. Wykłady zgłoszone: 1) P. L. Rydygier (ze Lwowa): Zadania obecne chirurgii wojennej. 2) P. L. Mieczkowski (z Poznania): O guzach zapalnych brzucha. 3) Tenże: Sposoby doszczętnego usuwania nowotworów jelita grubego. 4) Tenże: O pęknięciu błony wewnętrznej tętnicy udowej. 5) P. A. Rydygier (ze Lwowa): O leczeniu operacyjnem raka esicy i odbytnicy. 6) Tenże: Przypadek plastyki cewki moczowej. 7) Tenże: Z kazuistyki guzów nadnercza i nerki. 8) P. T. Ostrowski (ze Lwowa): W sprawie wypiłowywania szczęki górnej. 9) P. M. Jedlička (ze Lwowa): O leczeniu przepuklin pachwinowych zapomocą przeszczepiania mięśni. 10) Tenże: Przypadek przerwania ścięgna mięśnia czworogłowego oraz więzadła właściwego rzepki u tego samego chorego. 11) Tenże: Przypadek wyłuszczenia guza nerwu wzrokowego sposobem Krönleina. 12) P. A. Majewski (ze Lwowa): O operacyjnem leczeniu rozedmy płuc. 13) P. A. Pohorecki (ze Lwowa): O raku języka. 14) Tenże: O leczeniu wrzodów goleni. 15) P. J. Zaorski (ze Lwowa): O raku prącia. 16) P. T. Bętkowski (ze Lwowa): O leczeniu naczyniakówześnieżonym bezwodnikiem kwasu węglowego. 17) P. M. W. Herman (ze Lwowa): Uwagi nad doszczętnemi operacyami przepuklin pępkowych u dorosłych. 18) P. B. Sabat (ze Lwowa): O badaniu rentgenowskiem złamań kości i jego znaczeniu w ich leczeniu. 19) Tenże: Pokazy rentgenogramów. 20) Tenże: O analgetycznem działaniu promieni Röntgena i o wypływających stąd wskazaniach do rentgenoterapii. 21) P. L. Rydygier (ze Lwowa): Ginekologia operacyjna w klinice chirurgicznej lwowskiej.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 20. XI. posiedzenie, na którem Dr Kostrzewski przedstawiał zachowanie się surowicy krwi przy hemoglobinuryi napadowej, Prof. Majewski przypadek niezwykłego rodzaju drżenia oczu, a prof. Marchlewski wygłosił zapowiedziany wykład, poczem odbyła się dyskusya nad wykładem doc. Mazurkiewicza, w której przemawiali prof. Piltz, Majewski, Kader, Dr H. Hirsch i prelegent, oraz dyskusya nad wykładem prof. Marchlewskiego, w której przemawiał prof. Godlewski (jun.).

— Kalendarz lekarski na rok 1913 niebawem zostanie rozesłany kolegom, którzy go zamówili w redakcyi. Tak zewnętrznie (druk, papier, winiety z budynkami Krakowa na oprawie), jakoteż i co do treści przedstawia się dobrze. Treść wzbogacono ważnemi dla lekarza uwagami z chirurgii, badań klinicznych, nadto zestawiono bibliografię polską za ostatnie dwa lata, umieszczono spis aptek, katechizm gruźliczy i t. p. W księgarniach nabywać będzie można kalendarz od końca listopada.

— Dyrekcya Zakładu higieny Uniw. Jagiellońskiego ogłasza konkurs na posadę asystenta. Podania z załącznikami odbitek prac do 1. grudnia 1912.

— Podane przez prof. Dr W. Jaworskiego mleko wielokrotne (»O żywieniu chorych krakowskiem mlekiem wielokrotnem«, »Przegląd lek.« 1897. Nr 14. i 15.) wyrabia obecnie »Laktol« w Krakowie (Karmelicka 16).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. XI. do 16. XI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 3 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 4, płonicy 10 † — (2 † —), odry 2 † — (1 † —), duru brzusznego 2 † — (2 † 1), duru plamistego 1 † — (1 † 1), czerwonki 2 † 1 (— † 1), róży 1 † — (2 † 1), zapalenia opon mózg.-rdzen. 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie otrzymało hojny dar: Mianowicie członek rzeczywisty Towarzystwa Dr Józef Pawiński zadeklarował rb. 10000 na założenie pracowni fizyologicznej i zoologicznej. Dar ten przychodzi ogromnie w porę, bo w chwili, kiedy Towarzystwo, poniósłszy znaczne koszta na przystosowanie gmachu swego do potrzeb pracowni, przystępuje obecnie do ich zakładania. Dar Dr Pawińskiego zasługuje również i na szczególne uznania ze względu na pobudki, jakie nim kierowały, a które znalazły wyraz w jego odezwie do Towarzystwa, zawierającej m. i. następujące słowa: »Przekonany o doniosłości zadań Towarzystwa naukowego, składam rb. 10000 na założenie pracowni fizyologicznej i zoologicznej... Fundusz ten powstał z wieloletnich oszczędności z praktyki lekarskiej. Złożyły się na niego ciężka niedola i cierpienie. Jeśli według zasad ekonomicznych pieniądz przedstawia skondensowaną pracę ludzką, to pieniądz, w powyższy sposób nabyty, jest wyrazem cierpienia, bólu ludzkiego. Właściwie więc mówiąc, nietylko ja, żywo współczujący tej niedoli, lecz tysiące nieszczęśliwych istot, złamanych życiem, z rozdartem sercem i żałobą w duszy, składają tę ofiarę na ołtarzu nauki polskiej w nadziei, że przyczyni się ona choć w pewnej mierze do wzmocnienia ducha i sił narodowych«. Zarząd Towarzystwa w uznaniu dla szlachetnych intencyi ofiarodawcy postanowił przekazać potomności jego nazwisko przez wmurowanie tablic w obu pracowniach i związanie ich nazwy z nazwiskiem Dr Józefa Pawińskiego. Pracownie zoologiczna i fizyologiczna otwarte będą w styczniu 1913 r.; pierwsza pozostawać będzie pod kierunkiem p. Jana Tura, druga pod kierunkiem p. Jana Sosnowskiego.

— Na posiedzeniu Wydziału matem.-przyrodniczego Towarzystwa naukowego warszawskiego przedstawił m. i. p. J. Tur pracę: »W sprawie retrokonstrukcyi przebiegu rozwoju potworów złożonych«.

— W szpitalu Dz. Jezus ma być wkrótce otwarty pawilon chirurgiczny na 144 łóżek i pracownia rentgenologiczna, a zarazem mają być utworzone 2 stanowiska ordynatorów nadetatowych, oraz kierownika (z płacą 700 rb.) i asystenta (300 rb.) pracowni rentgenowskiej. (Med. i Kron. lek. 46).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 4. XI. do 18. XI. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, czerwonki 2, płonicy 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Porządek dzienny XXI. posiedzenia Wydziału lekarskiego Związku lek. i przyr. polskich w Petersburgu d. 9/22. XI. 1912 obejmował następujące wykłady: 1) Prof. Dr Dzierzgowski: O leczeniu błonicy surowicą błoniczą przez odbytnicę. 2) Dr E. Zboromirski: Anafilaksya i alkoholizm. 3) Dr St. Ostrowski: Odczyn Engel-Turnau w moczu osesków. — Na posiedzeniu Wydziału przyrodniczego w 7/20. XI. 1912 odbył się wykład inż. Więckowskiego: Stosunki arytmologiczne ciężarów atomowych.

Mianowani: Doc. Löhlein i doc. Schmidt profesorami w Lipsku; profesorowie nadzw. Weigner (anatom) i Srdinko (histolog) na czeskim wydziale w Pradze otrzymali tytuł i charakter profesorów zwyczajnych.

Zmarli: Dr Norbert Gertler, asystent Zakładu higienicznego U. J., w 46 r. ż. w Krakowie; Dr Kozakiewicz w Łunie gub. grodzieńkiej.

Znakomity fizyolog prof. Cyon w Paryżu; chirurg doc. Lauper w Bernie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 27. listopada 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Glińskiego: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności.

Rok LI. Kraków, dnia 30. listopada 1912. Nr 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell. Dyrektor: Prof. K. Klecki.

Wpływ środków przeciwgnilnych na przeszczepialność i rozwój gruczolako-raków mysich.

(Część trzecia badań doświadczalnych nowotworów złośliwych).

Napisał

Adam Wrzosek.

Z licznych prac doświadczalnych nad nowotworami, wykonanych w ostatnich kilku latach, wiemy, że nowotwory mysie można przeszczepiać z wynikiem pomyślnym nawet wtedy, gdy, po usunięciu ich z ustroju, przechowywane są przez pewien czas w chłodnem miejscu. Jaskrawym przykładem wytrzymałości nowotworów mysich na wpływy zewnętrzne, bez utraty zdolności przyjmowania się zaszczepionym myszom, jest eksperyment, zrobiony przez Ehrlicha, któremu udało się przeszczepić z wynikiem dodatnim raka mysiego, przechowywanego w ciągu dwóch lat w ciepłocie od 8° do 10° C. poniżej zera [1]).

Badanie biologicznych własności nowotworów, to niewątpliwie jedna z najciekawszych dziedzin patologii doświadczalnej. Zagadnień z tej dziedziny jest co niemiara. Atoli do rozwiązania tych zagadnień głównie dwie tylko wiodą drogi. Jedną z dróg rzeczonych jest badanie wpływu na przeszczepialność i rozwój nowotworów różnych czynników, którymi możemy działać na nowotwory bezpośrednio; drugą drogą jest wpływanie na przejawy życiowe nowotworów, działając na nie nie wprost, lecz za pośrednictwem ustroju zwierzęcego, w którym się znajdują.

W poprzedniej pracy doświadczalnej nad nowotworami złośliwymi zająłem się zbadaniem wpływu, jaki wywiera na przeszczepialność i rozwój nowotworów mysich alkohol, bądź dodawany bezpośrednio do rozdrobnionego nowotworu przed zaszczepieniem go, bądź wprowadzany do ustroju myszy rakowatych [2]). Przedmiotem zaś pracy niniejszej jest zbadanie bezpośredniego wpływu niektórych środków przeciwgnilnych na biologiczne własności nowotworów.

Do eksperymentów, podobnie jak w pracach poprzednich, używałem dwóch szczepów gruczolako-raków mysich, oznaczonych N. I. i N. IV. [3]). Nowotwory te siekałem na drobniutkie kawałeczki nożyczkami lub maszynką, używaną do miażdżenia nowotworów mysich; do tak rozdrobnionych nowotworów dodawałem rozczyny niektórych środków przeciwgnilnych; wreszcie przygotowaną w ten sposób zawiesinę cząsteczek nowotworów wstrzykiwałem podskórnie do pachwiny myszom białym młodym, mającym dwa do trzech miesięcy. Do szczepienia tej zawiesiny posługiwałem się strzykawką szklaną z podziałkami na 0·025 cm^3 lub na 0·05 cm^3. Zbyteczną może jest rzeczą dodawać, że szczepienie odbywało się z zachowaniem wszelkich ostrożności, aby materyał, użyty do szczepienia, nie został zanieczyszczony ani mikrobami z powietrza, ani mikrobami, znajdującymi się na skórze myszy, którym nowotwory szczepiono.

Do drobno pokrajanych nowotworów dodawałem rozczynu sublimatu, kwasu borowego lub błękitu metylenowego, poczem zawiesinę kawałeczków nowotworu w rozczynach wymienionych środków szczepiłem niezwłocznie myszom. W jednym tylko szeregu eksperymentów zawiesinę cząsteczek nowotworu w rozczynie kwasu borowego nie zaraz po przygotowaniu jej użyłem do zaszczepienia, lecz po upływie 15 i 25 minut (piąty szereg eksperymentów). Próby z błękitem metylenowym robiłem nie tyle dlatego, iż należy on do barwików anilinowych, które, jak wiadomo, posiadają własności przeciwgnilne, ile z tego powodu, że stosowano go niegdyś wewnętrznie w celu leczenia raka, i to ponoś ze skutkiem pomyślnym [4]).

Ogółem wykonałem siedem szeregów eksperymentów, z których sprawozdania niżej podaję.

I. Szereg eksperymentów. Posiekane maszynką nowotwory N. IV, wyłuszczone z dwóch myszy, rozdzieliłem do czterech wyjałowionych szklanych naczyniek. Do pierwszego naczyńka dodałem rozczynu soli kuchennej

[1]) P. Ehrlich. Experimentelle Carcinomstudien an Mäusen. Arbeiten aus dem Königl. Institut f. experim. Therapie zu Frankfurt a. M. Heft I. Jena 1906, S. 93.

[2]) A. Wrzosek. O wpływie alkoholu na rozwój raka u myszy białych. Przegl. lek. 1911 Nr 25—26.

[3]) A. Wrzosek. O warunkach powstawania przerzutów makroskopowych u myszy rakowatych. Przegląd lekarski 1910, Nr 52.

[4]) Einhorn. O stosowaniu błękitu metylowego w zapaleniu pęcherza moczowego, miedniczki nerkowej i raku. Deutsch. med. Wochenschr. 1891, Nr 18. Spraw. w Przegl. lek. 1891, Nr 38.

0·85%, do drugiego — sublimatu 0·05%, do trzeciego — sublimatu 0·005% i do czwartego sublimatu 0·0005%, przyczem do każdego naczyńka dodałem na objętość tyle wspomnianych rozczynów, ile w niem znajdowało się posiekanego nowotworu. Zawiesinę kawałeczków nowotworów zaszczepiłem z każdego naczyńka 10 myszom, szczepiąc każdej po 0·05 cm³ zawiesiny, w czem miazgi nowotworowej było po 0·025 cm³. Z pośród 10 myszy, którym zaszczepiłem zawiesinę nowotworu w Na Cl 0·85%, nowotwór przyjął się dwom. Również dwom myszom przyjął się nowotwór, którego cząsteczki były zmieszane z 0·05% rozczynem sublimatu; dalej przyjął się trzem myszom, którym zaszczepiłem zawiesinę kawałeczków nowotworu w 0·005% sublimacie, i wreszcie trzem myszom, którym zaszczepiłem zmiażdżony nowotwór, zmieszany z 0·0005% sublimatem. Pierwsze myszy zostały zabite, gdy nowotwory ich dosięgły pewnej wielkości; wyłuszczone zaś nowotwory ich użyłem do dalszego przeszczepiania. Drugie myszy żyły po zaszczepieniu nowotworu średnio po 34 dni, a nowotwory ich ważyły średnio po 7 gr.; trzecie myszy żyły średnio po 30·7 dnia, przyczem nowotwory ich ważyły średnio po 7·7 gr.; czwarte żyły średnio po 26 dni, a nowotwory ich ważyły średnio po 6·0 gr. U myszy dwóch ostatnich gromad nowotwory rozwijały się szczególnie szybko, u trzech nawet myszy: jednej z trzeciej gromady i dwóch z drugiej, nowotwory ważyły więcej, aniżeli same myszy po śmierci.

Sublimat, którym rozrzedzałem miazgę nowotworów, rozpuszczony był w Na Cl 0·85%.

II szereg eksperymentów. Część nowotworu Nr I, pokrajanego drobniutko nożyczkami, rozrzedziłem Na Cl 0·85% w ten sposób, że zawiesina składała się z ¼ nowotworu i ¾ Na Cl 0·85%. Zawiesinę tę zaszczepiłem 10 myszom po 0·05 cm³ każdej, czyli po 0·0125 cm³ miazgi nowotworowej. Nowotwór przyjął się 3 myszom. Drugą część posiekanego nowotworu rozrzedziłem rozczynem sublimatu, bądź 0·1%, bądź 0·001%, bądź wreszcie 0·0001%. Zawiesiny cząsteczek nowotworu w rozczynie sublimatu składały się w ¼ części z miazgi nowotworowej, a w ¾ częściach z rozczynu sublimatu. Z każdej zawiesiny zaszczepiłem po 0·05 cm³ 10 myszom.

Nowotwór przyjął się: czterem myszom, którym zaszczepiłem był miazgę nowotworu, rozrzedzoną 0·1% rozczynem sublimatu; — jednej z pośród tych, które miały zaszczepioną zawiesinę nowotworu w 0·001% rozczynie sublimatu, — i dwom, które miały zaszczepiony nowotwór wraz z 0·0001% rozczynem sublimatu. — Wszystkie myszy tego szeregu eksperymentów, zaszczepione z wynikiem dodatnim, żyły prawie jednakowo długo po zaszczepieniu nowotworu, mianowicie po czterdzieści kilka dni. Nowotwory ich dosięgły mniej więcej jednakowej wielkości, z wyjątkiem jedynie nowotworów myszy, które miały zaszczepioną miazgę nowotworową wraz z 0·1% rozczynem sublimatu. Lubo miazga ta przyjęła się większej liczbie myszy, aniżeli miazga nowotworu, rozrzedzona stokrotnie lub tysiąckrotnie słabszymi rozczynami sublimatu, to jednak nowotwory myszy, które miały zaszczepioną miazgę nowotworową wraz z 0·1% rozczynem sublimatu, rozwijały się powolniej i dosięgały mniejszych rozmiarów, aniżeli nowotwory myszy, którym zaszczepiłem posiekany nowotwór, rozrzedzony już to Na Cl 0·85%, już to sublimatem 0·001%—0·0001%.

III szereg eksperymentów. Nowotwór N. I, posiekany maszynką, zaszczepiłem 36 myszom, a mianowicie: 1) 12 myszom po 0·05 cm³ miazgi nowotworu w połowie rozrzedzonej Na Cl 0·85%; 2) tyluż myszom i po takiej samej dawce miazgi nowotworu rozrzedzonej w połowie 0·3% kwasem borowym; 3) tyluż i po takiej samej dawce miazgi nowotworu w połowie rozrzedzonej 3% kwasem borowym. — W każdej więc zaszczepionej dawce było po 0·025 cm³ posiekanego nowotworu i po tyleż rozczynu soli kuchennej lub kwasu borowego. Z pośród myszy pierwszej gromady nowotwór nie przyjął się ani jednej; z myszy drugiej gromady przyjął się trzem i tyluż myszom trzeciej gromady. Myszy rakowate drugiej gromady żyły po zaszczepieniu nowotworu średnio po 47·8 dnia, trzeciej zaś gromady średnio po 41·5 dnia. Nowotwory pierwszych ważyły średnio po 5·2 gr., drugich — średnio po 5·6 gr.

IV. szereg eksperymentów, wykonanych na takiej samej liczbie zwierząt i podobnie, jak w poprzednim szeregu, z tą jedynie różnicą, że do szczepienia użyty został nowotwór N. I, a nie N. IV. — Z pośród 12 myszy, którym zaszczepiłem był miazgę nowotworu rozrzedzoną Na Cl 0·85%, nowotwór przyjął się zaledwie jednej myszy, natomiast przyjął się dwom myszom, które miały zaszczepioną miazgę nowotworową zmieszaną z 0·3% kwasem borowym, i czterem myszom, zaszczepionym zawiesiną cząsteczek nowotworu w 3% kwasie borowym. Przebieg rozwoju nowotworów i długość życia myszy rakowatych były mniej więcej jednakowe u zwierząt wszystkich trzech gromad.

V. szereg eksperymentów. Nowotwór N. IV, posiekany maszynką, zaszczepiłem 60 myszom, a mianowicie: 1) 20 myszom po 0·05 cm³ miazgi nowotworu w połowie rozrzedzonej Na Cl 0·85%; 2) tyluż i po takiej samej dawce miazgi nowotworu, rozrzedzonej w połowie 0·3% kwasem borowym; zawiesina ta nie zaraz po przygotowaniu jej była szczepiona myszom, lecz po upływie 15 minut; 3) tyluż myszom po takiej samej dawce miazgi nowotworowej, rozrzedzonej w połowie 3% kwasem borowym; miazgę tę szczepiłem w 25 minut po jej przygotowaniu. — Nowotwór przyjął się 11 myszom pierwszej gromady, 7 — drugiej i tyluż trzeciej. Myszy rakowate żyły po zaszczepieniu nowotworu średnio: pierwsze po dni 32·2, drugie po 35·7, trzecie — po 35·8. Nowotwory średnio ważyły: u pierwszych myszy po 6 gr., u drugich po 6·4 gr. i u trzecich po 7·2 gr.

VI. szereg eksperymentów. Nowotwór N I, posiekany maszynką, zaszczepiłem 30 myszom, a mianowicie: 1) 10 myszom po 0·05 cm³ miazgi nowotworu w połowie rozrzedzonej Na Cl 0·85%; 2) tyluż myszom po takiej samej dawce miazgi w połowie rozrzedzonej rozczynem Na Cl 0·85%, do którego dodałem był sproszkowany błękit metylenowy w stosunku 0·02 gr. na 1 cm³ rozczynu; 3) tyluż myszom po 0·05 cm³ miazgi nowotworowej w ¾ częściach rozrzedzonej 0·2% błękitem metylenowym, rozpuszczonym w Na Cl 0·85%. Dwie pierwsze zatem gromady myszy miały zaszczepione po 0·025 cm³ miazgi, jeżeli odliczyć płyn użyty do rozrzedzania jej, a trzecia po 0·0125 cm³. Nowotwór przyjął się z pośród myszy pierwszej gromady dwom, z drugiej gromady — czterem, z trzeciej — dwom. Wszystkie myszy tego szeregu, którym się nowotwór przyjął, żyły mniej więcej jednakowo długo po zaszczepieniu nowotworu.

VII. szereg eksperymentów. Nowotwór N. IV, posiekany maszynką, zaszczepiłem 30 myszom: 1) 10 myszom po 0·05 cm³ miazgi nowotworu w połowie rozrzedzonej Na Cl 0·85%; 2) tyluż myszom po 0·1 cm³ miazgi nowotworu, składającej się w ¼ części z cząsteczek nowotworu, a w ¾ częściach z rozczynu Na Cl 0·85%, do którego dodałem sproszkowanego błękitu metylenowego w stosunku 0·02 gr. na 1 cm³ płynu; 3) tyluż myszom po 0·1 cm³ miazgi nowotworowej, rozrzedzonej w ¾ częściach 0·2% błękitem metylenowym, rozpuszczonym w Na Cl 0·85%. — W każdej dawce, zaszczepionej myszom wszystkich trzech gromad, było po 0·025 cm³ miazgi nowotworu. — Z pośród myszy pierwszej gromady nowotwór przyjął się czterem, z drugiej gromady — jednej, z trzeciej również jednej. Wszystkie myszy z nowotworami żyły prawie jednakowo długo po zaszczepieniu im nowotworu.

Zestawiając wyniki powyższych eksperymentów, uderza przedewszystkiem jedna okoliczność, a mianowicie, że przez dodanie do posiekanego nowotworu rozczynu kwasu

borowego możemy do pewnego stopnia zwiększyć jego przeszczepialność. Dowodzą tego osobliwie trzeci i czwarty szereg eksperymentów, w których dodanie 0·3%—3% kwasu borowego do rozdrobnionego nowotworu niewątpliwie wpływało na częstsze przyjmowanie się jego. Rzecz tę stwierdziłem w tych szeregach eksperymentów, w których po przygotowaniu zawiesiny cząsteczek nowotworów w roztczynie kwasu borowego, zaraz ją szczepiłem myszom. Natomiast w tym szeregu eksperymentów, w którym zaszczepiłem zawiesinę miazgi nowotworowej w rozczynie kwasu borowego, po upływie 15—25 minut od chwili przygotowania rzeczonej zawiesiny, wynik był cokolwiek odmienny. Wprawdzie miazga nowotworu, zmieszana z rozczynem kwasu borowego, przyjęła się i w tym szeregu eksperymentów sporej liczbie myszy, lecz bynajmniej nie większej, owszem nawet cokolwiek mniejszej, aniżeli miazga nowotworu zmieszana z Na Cl 0·85% (piąty szereg eksperymentów).

Co się tyczy wpływu sublimatu na przeszczepialność i rozwój nowotworów, to w przeważnej liczbie eksperymentów nie można go było zauważyć, może dlatego, że do przyrządzania zawiesiny cząsteczek nowotworów brałem w większości przypadków bardzo słabe rozczyny sublimatu. Godzi się jednak podkreślić, że nawet dodanie 0·1% rozczynu sublimatu do posiekanego nowotworu nie wpływało wcale na zahamowanie bujania komórek rakowych w zaszczepionym ustroju, mimo że dodawałem sporą ilość rzeczonego rozczynu sublimatu, bo trzykrotnie większą od ilości miazgi nowotworu. Dotychczasowe spostrzeżenia moje co do bezpośredniego wpływu sublimatu na przeszczepialnośe i rozwój nowotworów, zgadzają się z wynikami pracy Skudry, który badał wpływ sublimatu wprowadzanego do ustroju myszy na rozwój zaszczepionych im nowotworów, a także wpływ na rozwój nowotworów wcierania szarej maści w skórę, pokrywającą nowotwór. Starając się zadziałać sublimatem na nowotwór mysi, nie wprost, lecz za pośrednictwem ustroju zwierzęcia, lub przez skórę, Skudro nie mógł stwierdzić widocznego wpływu przetworów rtęciowych na rozwój zaszczepionych nowotworów[5]).

Nakoniec, co się tyczy ostatnich dwóch szeregów moich eksperymentów, w których do posiekanych nowotworów dodawałem rozczynu błękitu metylenowego, to nie zauważyłem ani dodatniego, ani ujemnego wpływu na przeszczepialność nowotworów tego barwika, dodawanego do miazgi nowotworu przed samem jej szczepieniem. Wprawdzie wyniki jednego szeregu eksperymentów mogłyby poniekąd świadczyć o wpływie błękitu metylenowego, jako czynnika pobudzającego bujanie komórek rakowych (szósty szereg eksperymentów), lecz natomiast wyniki innego szeregu eksperymentów mogłyby uprawniać do wyciągnięcia cokolwiek odmiennego wniosku (siódmy szereg eksperymentów). Ponieważ jednak oba szeregi eksperymentów były robione nie z tym samym nowotworem, i ponieważ w obu szeregach nie jednakowa ilość błękitu metylenowego była dodawana do posiekanych nowotworów, przeto dokładnego wniosku co do wpływu tego barwika anilinowego na przeszczepialność nowotworów mysich i ich dalszy rozwój, na podstawie powyższych eksperymentów, wysnuwać nie można.

Jedyny wniosek jaki można wyciągnąć ze wszystkich eksperymentów, o których wyżej była mowa, da się streścić w tych słowach: *Możemy do pewnego stopnia wpływać na większą przeszczepialność nowotworów mysich przez dodawanie do drobnoposiekanego nowotworu, przed samem szczepieniem, rozczynu kwasu borowego.*

Pracę niniejszą uważam tylko za wstęp do dalszych badań w obranym kierunku, a mianowicie do określenia wpływu całego szeregu środków przeciwgnilnych na przeszczepialność nowotworów mysich, tudzież do określenia warunków, w jakich środki rzeczone mogą działać pobudzająco, a w jakich hamująco na bujanie komórek rakowych. Wyniki tych badań będą przedmiotem oddzielnej pracy.

[5]) S. Skudro. Wpływ przetworów rtęciowych na rozwój nowotworów mysich. Przegląd lekarski 1912 N. 42.

(Z pracowni farmakologicznej Uniwersytetu Lwowskiego).

Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne.

podał

Prof. Dr L. Popielski.

(Ciąg dalszy).

Wertheimer i Lepage w sposób już bezpośredni stwierdzili słuszność mojego wniosku. Obaj ci autorzy z żyły danego odcinka jelita odprowadzali krew na zewnątrz ustroju. Oprócz tego przewiązywali przewód chłonny piersiowy. Wprowadzony w takich warunkach kwas wywołał zwykłe wydzielanie soku trzustkowego. To samo stwierdził i Fleig.

Uważam tu za konieczne zwrócić uwagę na oświadczenie Dra Koźniewskiego podczas dyskusyi nad moim wykładem w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, że widział u Pożerskiego w pracowni Delezennea u psów z przewlekłą przetoką, jak przez powtarzanie wstrzykiwań sekretyny co $1^1/_2$—2 godzin powstaje kolosalne wydzielanie soku trzustkowego (powyżej 350 cm³). Otóż bezwarunkowo takie wydzielanie nie zależy od sekretyny. Psy z przewlekłą przetoką wydzielają obficie sok bez wprowadzania jakiegokolwiek ciała do krwi, a mianowicie: 1) podczas obfitego trawienia i 2) w pewien czas po operacyi, kiedy sok poprostu leje się z przetoki po wprowadzeniu do niej kaniulki. Od jakiej z tych dwóch przyczyn zależało wydzielenie soku trzustkowego w doświadczeniu, wspomnianem przez Doc. Koźniewskiego, niewiem, ale w każdym razie nie zależało ono napewno od sekretyny. Jeżeli już mamy mówić o typie wydzielania sekretynowego, to należy zwrócić się do prac Baylissa i Starlinga, odkrywców sekretyny. Bayliss i Starling, a za nimi i wszyscy inni autorowie, pomiędzy nimi Delezenne, Pożerski i Frouin, jednozgodnie mówią o krótkotrwałem wydzielaniu, ustalonem przezemnie dla wazodylatyny. Frouin, główny współpracownik Delezennea, jeszcze w lutym 1912 przytacza dane ilościowe co do soku trzustkowego, wy-

dzielającego się pod wpływem sekretyny, przyczem ilość ta nie przekracza 2 cm^3, co oczywiście całkowicie zgadza się z danemi moich badań. Większą ilość soku trzustkowego można otrzymać tylko przez powtórne wprowadzenie wyciągu do krwi i to w dawkach, nie wywołujących zbyt wielkiego obniżenia ciśnienia krwi, gdyż w przeciwnym razie wystąpi zjawisko uodpornienia.

Pozostawało drugie pytanie do rozstrzygnięcia, a mianowicie, czy rzeczywiście istnieje ta swoistość, na jaką wskazują Bayliss i Starling, a mianowicie, że tylko wyciągi z błony śluzowej dwunastnicy i górnego odcinka jelit, i tylko na kwasie, wywołują wydzielanie. Otóż okazało się, że własność tę posiadają wyciągi ze wszystkich narządów, przyczem wydzielanie soku trzustkowego jest jednym z licznych objawów, wywoływanych przez wyciągi z narządów. Co więcej, wyciągi, przygotowane nietylko na kwasach, zasadach, ale na zupełnie obojętnych ciałach, jak rozczyn fizyologiczny soli, woda przekroplona, okazują się tak samo czynne, jak przygotowane na kwasach. A właśnie woda i rozczyn fizyologiczny soli przy wprowadzeniu do dwunastnicy nie wywołują żadnego wydzielania. Ten jeden fakt obala całą teoryę sekretyny.

Myśl o tem, że obok sekretyny istnieje wazodylatyna, nie wytrzymuje krytyki. Przedewszystkiem własności chemiczne, podane dla sekretyny przez Osborna, są identyczne z własnościami wazodylatyny. Następnie nigdy żaden z autorów, nawet Bayliss i Starling, nie przedstawili danych, że wydzielanie soku trzustkowego można otrzymać bez jednoczesnego obniżenia ciśnienia. Naodwrót i Zuntz i Bayliss i Starling przedstawili dane, że wyciąg z dwunastnicy po obrobieniu alkoholem wywołuje niewielkie wydzielanie soku trzustkowego przy jednoczesnem niewielkiem obniżeniu ciśnienia krwi, co zgodne jest z wynikami moich badań. Obfite wydzielanie przy jednorazowem wprowadzeniu wyciągów z narządów, a także sekretyny, można otrzymać tylko przez znaczne obniżenie ciśnienia. Dalej zjawisko uodpornienia występuje w sposób wybitny tylko przy tym warunku, że od wprowadzenia pierwszej dawki wyciągu otrzymuje się znaczne obniżenie ciśnienia krwi. Przy wprowadzaniu małych dawek, powtarzanych co pewien czas dłuższy, zjawisko uodpornienia nie występuje, na co we wszystkich pracach z mojego zakładu zwracam uwagę. Dziwną jest rzeczą, że autorowie, podający tak łatwy sposób oddzielenia ciała obniżającego ciśnienie krwi od ciała wywołującego wydzielanie (sekretyny), nie zastosowali tego sposobu do wyodrębnienia obydwu ciał i do scharakteryzowania ich własności chemicznych.

Badania w kierunku wyodrębnienia tych dwóch ciał zostały podjęte w mojej pracowni i były prowadzone systematycznie i skrzętnie, ale pomimo długich i ścisłych badań nigdy nie zdołały oddzielić wydzielania od obniżenia ciśnienia krwi. Wnioski swoje popieram licznymi faktami wydzielania soku trzustkowego. W doświadczeniach nad wydzielaniem soku trzustkowego mają rozstrzygające znaczenie pewne, na pozór proste, ale ważne w skutkach warunki. Autorowie nie opisują, w jaki sposób układają zwierzę podczas zbierania soku trzustkowego, a tymczasem ułożenie psa ma rozstrzygające znaczenie dla wyniku doświadczenia. Jeżeli pies jest ułożony do góry brzuchem i do przetoki trzustkowej jest wprowadzona kaniulka, która łączy się zapomocą rurki gumowej z rurką podzieloną na milimetry albo z rurką, z której sok kapie na przyrząd, zapisujący krople soku, to sok musi się podnosić w pionowym kierunku tak wysoko, że przy nizkiem ciśnieniu krwi niepodobna zaobserwować wydzielania soku trzustkowego, wywołanego wprowadzeniem wyciągu do krwi. Wydzielanie soku trzustkowego może tu się odbywać, ale w każdym razie sok nie może podnieść się zbyt wysoko i powyżej 60 mm wody ponad zero ciśnienia nie podnosi się. Dlatego też koniecznie trzeba psa ułożyć na bok, żeby kaniulka wprowadzona do przetoki i sama przetoka zajmowały położenie poziome. Nie przestrzegając tego warunku, możemy od wprowadzenia wyciągu otrzymać olbrzymie obniżenie ciśnienia krwi bez jednoczesnego wydzielania, co znowu wiedzie do błędnych wyników.

Wreszcie sami zwolennicy sekretyny przytaczają fakty przeciw sekretynie. I tak sami Bayliss i Starling twierdzą, że wydzielanie soku trzustkowego wywołuje także i pepton Witte, tylko w mniejszym stopniu, niż sekretyna. Różnica ilościowa nie odgrywa tu roli. Następnie Delezenne i Frouin stwierdzili, że wyciąg ze splotu trzewnego (plexus coeliacus) także wywołuje wydzielanie soku trzustkowego.

Bayliss i Starling, opierając się na moich badaniach, stwierdzających, że wydzielanie soku żołądkowego odbywa się przy zupełnem usunięciu ośrodkowego układu nerwowego i dużych zwojów jamy brzusznej, wypowiedzieli zdanie, że i te gruczoły pracują pod wpływem swoistego ciała, powstającego w błonie śluzowej żołądka. Jednocześnie wygłosili ogólne zdanie, że pomiędzy narządami stosunek istnieje tylko w drodze chemicznej, że układ nerwowy jest zupełnie zbyteczny.

Pogląd Baylissa i Starlinga co do czynności gruczołów żołądkowych pozornie został potwierdzony przez Edkinsa, który wykazał, że wyciągi z błony śluzowej odźwiernika i wpustu wywołują wydzielanie soku żołądkowego, gdy wyciągi z dna żołądka wydzielania nie wywołują*). Moje badania, znacznie wcześniej przed Edkinsem wykonane (ogłoszone jednak później), wykazały, że wprowadzenie wyciągów z odbytnicy wywołuje obfite wydzielanie soku żołądkowego. Jednak ten sam wyciąg, wprowadzony w takiej ilości, że występuje znaczne obniżenie ciśnienia krwi, wydzielania nie wywołuje. Zależy to od szczególnej budowy anatomicznej gruczołów żołądkowych. Niedawno Ehrman całkowicie potwierdził mój pogląd, że wydzielanie soku żołądkowego wywołują wyciągi ze wszystkich narządów, a także pepton Wittego. Tak więc gastricsekretyna nie istnieje tak samo, jak i sekretyna.

Nie mogę tu nie zaznaczyć, że badacze specyalnie zajmujący się czynnością gruczołu trzustkowego, teoryę sekretyny odrzucają całkowicie. Tak odrzuca ją Lombroso, odrzucają ją Wertheimer i Lepage, a poczęści i Fleig. Nawet tak bezwzględny zwolennik teoryi sekretyny, jak Pawłow ze swoją szkołą, ostatnimi czasy zmienił swoje stanowisko, uznając tylko częściowo wydzielanie sekretynowe.

Przed kilku laty Bayliss i Starling wypowiedzieli zda-

*) Ciekawem jest, że zwolennicy teoryi hormonów zamilczają zupełnie o tem, że w doświadczeniach Edkinsa także wyciąg z wpustu wywoływał wydzielanie.

nie, oparte na niezupełnie jasnem rozumowaniu, że wyciąg z płodu zawiera swoiste ciała, pobudzające do czynności wydzielniczej gruczoły mleczne. Wniosek ten oparli na doświadczeniach na królikach, u których po długim czasie wprowadzania wyciągu z płodu otrzymali »pewien stopień« zwiększenia gruczołów mlecznych. Starling i Miss Claypon nawet nie wykonali doświadczenia kontrolnego, t. j. nie wyłączyli możliwości zwiększenia gruczołów przez samo wzrastanie zwierzęcia. Inni autorzy uważali łożysko za miejsce swoistego hormonu na tej podstawie, że wyciąg z niego wywołuje wydzielanie mleka. Wreszcie znowu inni autorzy za źródło swoistego hormonu mlekopędnego uważali przysadkę mózgową, ciałka żółte jajnika i grasicę na tej podstawie, że wyciągi ze wspomnianych narządów wywołują wydzielanie mleka. Moje badania wykazały, że wydzielanie mleka zależy od wazodylatyny, znajdującej się w wyciągach z każdego narządu. I tak po wprowadzeniu 2 cm^3 stężonego rozczynu wazodylatyny do krwi otrzymałem za 5 minut około 100 cm^3 mleka z obydwóch przewodów mlecznych kozy. Mleko dosłownie lało się ciurkiem z wymienia. To samo otrzymałem po wprowadzeniu peptonu Wittego. Na wydzielanie to nie wywiera żadnego wpływu atropina. Oprócz wydzielania mleka spotykamy u kozy cały szereg innych zjawisk, znanych dobrze z badań nad wpływem wazodylatyny na psy, a mianowicie: podniecenie, przechodzące w depresyę, oddawanie kału i moczu, a także niekrzepliwość krwi. Wydzielanie mleka w warunkach prawidłowych nie jest wyrazem działania jakiegoś ciała podniecającego, wydobywającego się z tego lub innego narządu, ale najprawdopodobniej jest wyrazem zmian w śródbłonku naczyń krwionośnych, wywołanych ciążą. Jak wykazują moje ostatnie badania, zmiany w śródbłonku wiodą do niekrzepliwości krwi, niezbędnego warunku czynności gruczołów trawiennych. Prawdopodobnem jest, że to samo mamy i przy czynności wydzielniczej gruczołów mlecznych.

Tak więc widzimy, że zapomocą wyciągów nie możemy wykryć ciała czynnego, wydzieliny danego narządu. Wszystkie narządy zawierają w wyciągach jedne i te same ciała: wazodylatynę i wazohypertensynę. Jeżeli rozważymy sposób przygotowania wyciągów, to z góry trudno przypuszczać, aby w wyciągu z danego narządu można było znaleść ciało, stanowiące jego wydzielinę. Wydzielina powstaje podczas życia narządu, podczas czynnego jego stanu, który możliwy jest tylko przy normalnem ukrwieniu. Wydzielina bierze się ze krwi. W wyciętym, zaraz roztartym narządzie nie może być mowy o czynności narządu, o wytwarzaniu wydzieliny. Do wyciągu może przejść jedynie to, co stanowi cechę budowy narządu, to, co przy naszych zabiegach może się poprostu oderwać od jego składowych części. Narządy nie są identyczne pod względem swojej budowy i dlatego z każdego z nich, oprócz pewnych wspólnych ciał, możemy otrzymać ciała, wchodzące wyłącznie tylko w skład niektórych narządów. Ale te ciała nie stanowią wydzieliny swoistej.

Adrenalinę spotyka się wyłącznie w wyciągach z nadnerczy. Fakt ten dotąd uważano za dowód, że adrenalina stanowi wydzielinę nadnerczy. Jednak, trzeba przyznać, nikt nie uważał tego jednego faktu za dowód wystarczający. Starano się wykryć adrenalinę we krwi, wypływającej z nadnerczy. Vulpian znalazł w żylnej krwi nadnerczy twory, barwiące się od żelaza na kolor zielony, takie same, jakie istnieją w substancyi rdzennej nadnerczy. A ponieważ adrenalina barwi się na zielono, więc stąd już bez żadnego wahania wyprowadzono wniosek, że w tworach wspomnianych Vulpian zabarwiał adrenalinę, a więc wykrył nietylko obecność adrenaliny we krwi nadnerczy, ale nawet znalazł jej siedzibę. Jak dalece jednak potrzebna jest wszechstronna analiza każdego zjawiska, dowodzi fakt, znaleziony przez jednego z autorów, że w skórze znajduje się ciało, barwiące się na zielono od żelaza i rozszerzające źrenicę żaby. Autor ten wyciągnął z tego wniosek, że w skórze znajduje się adrenalina, czego następny badacz jednak nie stwierdził. Istnieje jednak i możność podnoszenia ciśnienia krwi przez wyciągi ze skóry, gdyż w każdym narządzie znajduje się wazohypertenzyna, podnosząca ciśnienie krwi w sposób bardzo podobny do adrenaliny. Otrzymanie wazohypertensyny zależy od sposobu przygotowania wyciągów.

Inny znowu autor dowodził, że w tylnej części przysadki mózgowej znajduje się adrenalina, gdyż chrom zabarwia tę część gruczołu na brunatno, a wyciągi z niej podnoszą ciśnienie krwi. Wzrost ciśnienia krwi otrzymuje się jednak nie od adrenaliny, której w przysadce mózgowej nie ma, ale od znajdującej się we wszystkich narządach wazohypertensyny. Samo zabarwienie nie wystarcza dla stwierdzenia identyczności ciał, spotykanych w rozmaitych narządach. Zielone zabarwienie daje skóra i nadnercze, brunatne zabarwienie przysadka mózgowa i nadnercze. A tymczasem jest rzeczą pewną, że tylko nadnercze zawiera adrenalinę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

O przysadce mózgowej
ze stanowiska położnictwa i ginekologii

(Sprawozdanie poglądowe).

napisała

Dr Ada Markowa

Kierunek, jaki cechuje rozwój współczesnej fizyologii, patologii i terapii, jest dla historyi myśli ludzkiej niezmiernie pouczający i potwierdza starą maksymę: »nil novi sub sole«. Wróciliśmy bowiem w zasadzie do podstawowego poglądu, jaki panował przed Virchowem, to jest do teoryi humoralnej. Rzecz prosta, że poglądy te określamy w sposób ściślejszy i bardziej naukowy i że teorya cellularna wycisnęła swoje piętno i zmodyfikowała dawne nieokreślone wyobrażenia o sokach, krążących w ustroju. Przyczynił się do tego w wysokim stopniu stan współczesnej mikrochemii. A jednak w dalszym ciągu szukamy jaśniejszej drogi w chaosie dostrzeżonych faktów, używając za przewodnika wielkości, w istocie swej nam nieznanych, dla których wynaleziona i stosowana nazwa służy często do tego tylko, aby pokryć naszą nieświadomość i ułatwić rozumowania.

Stara teorya humoralna, przetopiona w ogniu zdoby-

czy naukowych ostatnich lat, nosi obecnie miano nauki o wydzielaniu wewnętrznem, której istotnym twórcą jest Brown-Séquard. W szeregu narządów, stanowiących system ciał o wydzielaniu wewnętrznem, zajmuje wybitne miejsce przysadka mózgowa.

Pochodzenie, rozwój i budowa przysadki. Z danych anatomo-porównawczych dowiadujemy się, że przysadka mózgowa pojawia się w ontogenezie świata zwierzęcego dość wcześnie. Znajdujemy ją u najniższych kręgowców. U robaków, mięczaków, u echinoderma, narząd analogiczny istnieje jako przydatek tak zwanego »ductus bucco-neuralis«. U niślimki (amphioxus lanceolatus) płatowi przedniemu przysadki odpowiada t. zw. »glandula subneuralis«, a tylnemu — grupa komórek nerwowych, stanowiących szczątkowy narząd smaku.

Brak wrodzony przysadki nie jest znany, jedynie znajdowano przysadki bardzo małe u matołków (kretynów) (Benda, Kohn).

Przysadka mózgowa człowieka jest tworem okrągłym, ważącym około 0,60 gr., pozostającym zapomocą szypuły w związku z podstawą mózgu, w szczególności z dnem III komory. Łożyskiem przysadki jest siodło tureckie (sella turcica ossis sphenoidalis). Rathke ustalił podwójne pochodzenie przysadki, a mianowicie z mózgu i z wypuklenia błony śluzowej przewodu pokarmowego. Odpowiednio do tego odróżniamy: płat przedni, t. zw. część nabłonkową, pojawiający się u człowieka w IV tygodniu życia płodowego, płat tylny t. zw. »neurohypophysis« i część środkową, t. zw. węzinę (isthmus lub hilus) (Delille).

W płacie tylnym, ontogenetycznie pozostającym w związku z częścią lejkową mózgu, znajdujemy komórki gleju, komórki podobne do sympatycznych zwojowych, włókna tkanki łącznej i włókna nerwowe.

Płat przedni, o barwie różowo-szarej, przedstawia budowę gruczołową. Podścielisko składa się z unaczynionej (naczynia tętnicze pochodzą z tętnicy szyjnej wewnętrznej), delikatnej tkanki łącznej, której oka wypełnione są komórkami nabłonkowemi i częściowo kolloidem (Virchow). W nabłonkach, przylegających prawie bezpośrednio do większych przestrzeni, zawierających krew żylną (podobnie do tego stosunku, jaki spotykamy i w innych gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem), rozróżniamy trzy typy, zależnie od zachowania się ich wobec barwików (Erdheim, Stumme, Benda, Guerrini, Taon, Scafidi, Cushing). Są to t. zw. chromofoby, czyli komórki główne, których jest w warunkach zwykłych najmniej, i komórki chromochłonne, dzielące się na bazofilne i eozynofilne.

Płat nabłonkowy, leżący na granicy między płatem przednim a tylnym, wytwarza koloid. Koloid ten zdaniem Baumanna nie zawiera jodu. Znajdujemy go już u $3^1/_2$-miesięcznego płodu.

Waga przysadki wzrasta do czwartego lat dziesiątka, potem spada.

Budowa mikroskopowa płatu przedniego ulega wybitnym zmianom w czasie ciąży. Na materyale sekcyjnym stwierdził Comte przerost i rozrost komórek gruczołowych płatu przedniego w tym okresie. Launois i Mulon znajdowali w tylnych częściach płatu przedniego nagromadzony wskutek wzmożonego wydzielania wolny koloid, który zdaniem ich przechodzi potem do krwi, Morandi i Cagnetto znajdowali zwiększenie ilości komórek chromochłonnych. Badania Guerriniego u zwierząt potwierdziły istnienie tych zmian, znikających potem w początkach karmienia.

Erdheim i Stumme badali przysadki 41 pierwiastek. Stwierdzili oni, że ciąża wywołuje zmiany w przysadce bez względu na wiek ciężarnej, że pod wpływem ciąży waga i objętość przysadki wzrastają tak, że wystercza ona w tym okresie z siodła tureckiego. W drugiej połowie ciąży da się z płatu gruczołowego wycisnąć obfity sok mleczny, barwa przysadki zmienia się na białawą, co pochodzi od zmienionych komórek głównych, które też dlatego zostały nazwane komórkami ciążowemi. Ilość ich w tym okresie wzrasta do 80%, a wraca zupełnie do normy dopiero po 7 latach. Ich jądra okazują liczne figury mitotyczne, a całość obrazu przypomina nowotwór nabłonkowy. Badania Glińskiego potwierdzają wyniki badań Erdheima i Stummego. W połogu zmiany te ustępują. U wielródek ilość komórek ciążowych jest jeszcze większa, wzrasta ona w stosunku prostym do ilości przebytych ciąży. Przysadka wielródki waży też o 21.3 ctgr. więcej, niż przysadka pierwiastki.

Tu już mimochodem zaznaczamy, że zmianom tym odpowiadają na zewnątrz objawy wzmożonego wydzielania wewnętrznego takie, jak powiększanie się w przebiegu ciąży rąk, nóg, warg, nosa, podobnie jak to się dzieje przy akromegalii, zwiększanie się owłosienia, szczególniej środkowej linii brzucha, i nagromadzanie się tłuszczu.

Znaczenie przysadki dla ustroju. Celem określenia znaczenia przysadki mózgowej dla ustroju zwierzęcego stosowano metody badania ujemne i dodatnie, a więc usuwanie przysadki w całości lub częściowo, drażnienie jej »in situ«, wprowadzanie wyciągu wewnętrznie (per os), śródżylnie i podskórnie, żywienie gruczołem świeżym, przeszczepianie i wszczepianie przysadki.

Wyłuszczenie przysadki po raz pierwszy wykonał Paulesco, który, jak również Marinesco, Wassale, Sacchii, Gatta, Caselli, Pirrone, Cushing i Biedl uważają ją za narząd niezbędny dla życia. Crowe stwierdził, że młode psy mogą jednak dłużej przetrwać ten zabieg, niż stare. Stan powstały po wyłuszczeniu, cechujący się obojętnością zwierzęcia na otoczenie, śpiączką, obniżeniem ciepłoty, zwolnionem oddychaniem, porażeniem mięśni, zgięciem kręgosłupa, osłabieniem tętna — nazwał Cushing »cachexia hypophyseopriva«. Po stanie tym następuje śmierć.

Druga grupa autorów, jak Friedmann, Mass, Aschner von Rynberk, Fichera, Gemelli, Lomonaco, jest innego zdania. Aschner wyłuszczał przysadkę metodą własną od jamy ustnej. Zabieg ten nigdy nie był śmiertelnym. Powstałe zaś pod jego wpływem zmiany odżywiania, nieznaczne u zwierząt dorosłych, tem są wybitniejsze, im zwierzę jest młodsze. Do zmian tych należą następujące: Wzrost ulega zahamowaniu (Ascoli), przyczem utrzymują się stale granice nasadowe kości. Uzębienie mleczne utrzymuje się stale, jak również meszek. Skóra, wątroba, nerki i gruczoły płciowe ulegają stłuszczeniu, narządy rodne cechuje infantylizm. Ruchliwość zwierząt zmniejsza się, ciepłota obniża, a przemiana materyi ulega rozmaitym zaburzeniom. Po wprowadzeniu adrenaliny cukromocz wystąpił w stopniu bardzo słabym, wstrzyknięcie znosiły zwierzęta dobrze, co Ascoli tłomaczy zmniejszoną przez wyłuszczenie przysadki pobudliwością układu nerwowego współczulnego.

Usunięcie samego płatu tylnego wywołuje nieznaczne zaburzenia w sferze płciowej, usunięcie samego przedniego: polyurye, cukromocz, obrzęki, wypadanie włosów, zanik jąder (względnie jajników), osłabienie popędu płciowego, infantylizm, co wszystko przypomina obraz kliniczny, opisany przez Fröhlicha, jako »dysplasia adiposo-genitalis«.

Metoda wyłuszczania ma naogół tę ujemną stronę (Cyon), że stwarza dodatkowe stany patologiczne wskutek zranienia lub zniszczenia sąsiednich narządów.

Drażnienie przysadki »in situ« (Cyon) za pomocą ucisku i prądu elektrycznego wywoływało mierne wzmożenie się ciśnienia tętniczego, czynność serca wolniejszą i silniejszą. Masay sądzi, że pod wpływem wspomnianych bodźców substancye, wydzielane przez płat przedni, przechodzą do naczyń gruczołu i przez pobudzenie ich włókien czuciowych odruchowo wywołują zmiany w ciśnieniu i w czynności serca. Może być, że substancye te działają (Cyon) na nerwowy płat przysadki i przez to odruchowo na ośrodki nn. błędnych, przyspieszających i na ośrodki naczyniowe. Już wzmożone ciśnienie w łożysku przysadki mogłoby wywołać przedostawanie się owych istot do płatu tylnego. To też Cyon uważa przysadkę za narząd, regulujący mechanicznie i chemicznie ciśnienie śródmózgowe i przemianę materyi i proponuje dla niej nazwę gruczołu ochronnego.

Żywienie kołaczykami z przysadki mózgowej wywołuje (Aschner) przyrost wzrostu, wzmożenie się przemiany materyi, w szczególności sprawy utleniania, obniżenie się wagi ciała. Na tej zasadzie możnaby podawanie przysadki polecać dla zwalczania otyłości. Równocześnie wzmaga się wydzielanie fosforu, wapna, moczu (Cyon, Thomson, Jonson).

Przeszczepienie (transplantacya) przysadki, wykonywane w celu stwierdzenia skutków tego sztucznie wzmożonego wydzielania, nie dało wyników, gdyż szybko następuje obumarcie przeszczepionego narządu. Występowało jednak wzmożone wydzielanie moczu.

(Dokończenie nastąpi).

S. Jessner: **Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtsleiden einschl. der Kosmetik.** Würzburg, C. Kabitsch, 1913. (Tomów dwa.

Autor, znany w kołach lekarskich ze swoich jasno i barwnie skreślonych szkiców z zakresu dermatologii, przekształcił swoje »kompendyum« chorób skórnych w podręcznik, ułożony wedle własnego podziału, opartego na anatomo-patologicznych podstawach tych schorzeń. Krótki rys anatomii i fizyologii skóry, objaśniony 6 barwnymi rysunkami, zaczerpniętymi z histologii Prof. Szymonowicza, jest nader praktycznem przypomnieniem szczegółów, ściśle związanych z obrazami histopatologicznymi, które autor podaje w krótkości przy opisie każdej postaci chorobowej. W wyszłych dotąd dwóch zeszytach, które stanowią połowę tomu pierwszego (dermatologii), połączył autor krótkość opisu chorób skórnych z jasnością obrazu klinicznego i szczególnie uwzględnioną dyagnostyką różnicową obok praktycznie zestawionej receptury i sposobów leczenia. W części ogólnej zwraca uwagę terapia ogólna, leczenie fizyczne, chirurgia dermatologiczna i spis leków, stosowanych najczęściej w dermatologii. Prócz tego podręcznik niniejszy zalecają reprodukcye barwne 27 odlewów z najważniejszych postaci chorobowych, stanowiące mały atlas. Te wszystkie zalety pojawiającego się obecnie dzieła muszą je uczynić pożytecznem nietylko dla specyalistów i lekarzy praktyków, ale w szczególności dla uczącej się młodzieży, która znajdzie w niem potrzebną ilość szczegółów treściwie ułożonych bez niepotrzebnego obciążenia literaturą. Niezbyt wygórowana cena obu tomów (16 marek) przy pięknej zewnętrznej szacie przyczyni się także do szerokiego rozpowszechnienia niniejszego podręcznika. Krzyształowicz.

Kalendarz lekarski krakowski na r. 1913. Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył Dr Adolf Klęsk. Kraków 1913. Druk W. Anczyca i Sp. Stron 430.

W roku bieżącym (dwudziestym trzecim wydawnictwa) przeszedł Kalendarz lekarski krakowski w ręce nowej redakcyi. Po znakomitem udoskonaleniu, jakiemu uległ Kalendarz w latach ostatnich, staje nowa redakcya przed zadaniem niełatwem, chcąc wydawnictwo to dalej rozwijać, — a nie uronić wiele z korzystnych niedawnych nabytków, — nie zwiększając objętości i, co za tem idzie, ceny. Sądząc z wydanego właśnie rocznika, można ufać, że nowa redakcya zadaniu swemu sprosta. Wprowadzając nowe rozdziały, jak ważniejsze badania kliniczne, ocenę stopnia niezdolności do pracy, katechizm gruźliczy i t. d., i wznawiając niektóre ustępy tekstu z lat przedostatnich, trzeba było z konieczności zrobić im w Kalendarzu miejsce przez usunięcie innych działów, a w tym względzie postępowano wogóle oględnie. Nie brak też w tegorocznym Kalendarzu żadnego z działów koniecznie potrzebnych, chociaż objętość wydawnictwa nietylko nie wzrosła, ale nawet nieznacznie się zmniejszyła. Szkoda tylko, że w tym roku znikła z Kalendarza tabela porównawcza zdrojowisk, bardzo pożyteczna, a nie zajmująca wiele miejsca. Niemniej pożyteczny spis środków lekarskich (i uwagi praktyczne do niego) wychodził już dawniej nie w każdym roczniku Kalendarza; należy więc mieć nadzieję, że spis ten — w tym roku pominięty — powróci do Kalendarza w roku przyszłym. W części informacyjnej pożyteczną innowacyą jest spis aptek, na razie tylko w Galicyi zachodniej. Natomiast bibliografia dzieł lekarskich polskich będzie dopiero wtedy rzeczywiście użyteczną, gdy zestawiona zostanie krytyczniej t. j. z pominięciem drobnych odbitek z czasopism, i zupełniej, t. j. nietylko z dwu lat ostatnich.

Strona zewnętrzna Kalendarza, papier i druk, zaspokaja wybredne nawet wymagania w stopniu nie mniejszym, niż dotychczas. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Otyatrya i laryngologia.

Z. Lénárt: **Przewlekłe zapalenie migdałków i jego leczenie** (Król.-węgierskie Towarzystwo lek. w Peszcie 1912). Przeznaczenie fizyologiczne migdałków podniebiennych nie jest jeszcze wyjaśnione. Jedni migdałki te uważają jako narząd ochronny, inni przeciwnie za wrota różnych chorób zakaźnych. Nierzadko chorobę migdałków spotyka się jako zwiastuny zapalenia wielu stawów, płonicy, odry, ostrego zapalenia nerek, zapalenia otrzewnej, opłucnej, osierdzia, wyrostka robaczkowego, ropnicy, gruźlicy gruczołów chłonnych szyi, promienicy i innych chorób. Przytem stan migdałków podniebiennych odgrywa ważną rolę. Jeżeli już zdrowe migdałki mogą być wrotami różnych zakażeń, to tem więcej, jeżeli są zmienione chorobowo. Autor zaznacza, że nie wystarczy stwierdzić przewlekły przerost migdałków, lecz należy odszukać i leczyć także skryte, przy powierzchownem badaniu i oglądaniu nie wpadające w oko ogniska zapalne, zatrzymanie się wydzieliny i czopy migdałkowe, które bywają przyczyną powracających, t. zw. nawykowych zapaleń migdałków, powracających i przewlekłych nieżytów, rwy usznej i t. p. Jako metodę leczenia poleca autor rozkawałkowanie migdałków, gdyż przytem można zdrowe części zachować, a chore doszczętnie usunąć, i to z mniejszem niebezpieczeństwem, niż przy zupełnem wyłuszczeniu migdałków.

W dyskusyi podniósł Navratil związek między wyrostkiem robaczkowym, a migdałkami. Wyrostek robaczkowy jest zdaniem N. niejako migdałkiem jelitowym. Przez zaczopowanie tętnicy migdałkowej powstaje zdaniem N. zgorzelinowe zapalenie migdałka, jak przez zaczopowanie tętnicy wyrostka robaczkowego może powstać jego zgorzel. N. nie poleca rozkawałkowania ani wycięcia migdałków. Jedynym odpowiednim zabiegiem jest mianowicie jego zdaniem resekcya migdałka albo wycięcie częściowe (tonsillectomia subtotalis). Przez tę nazwę rozumie N. zabieg, zapomocą którego usuwa się niecały migdałek. Chwyta się migdałek szczypczykami i ucina kawałek nożem. Ewentualne krwawienie tamuje się przez podwiązanie krwawiącego naczynia lub zaszycie brzegów łuków podniebiennych.

Safranek podniósł, że nawet Amerykanie, którzy są twórcami zupełnego wyłuszczenia migdałków, obecnie już odstępują od tak doszczętnego postępowania, gdyż pokazało się, że z jednej strony zupełne wyłuszczenie migdałków (tonsillectomia) nie jest wcale zabiegiem bezpiecznym i w wielu przypadkach odcięcie migdałków (tonsillotomia) jest postępowaniem zupełnie odpowiedniem. Szczególnie u dzieci należy postępować bardzo oględnie. Crockett w Bostonie widział w przeciągu $1^1/_2$ roku 12 przypadków śmierci w następstwie wyłuszczenia migdałków i podaje liczne przypadki ciężkich krwawień, które udało się zatamować dopiero po podwiązaniu żyły szyjnej. Safranek

uważa w zwykłych przerostach odcięcie migdałków za wystarczające, natomiast w przewlekłem zapaleniu migdałków, jeżeli ono jest przyczyną przez prelegenta wspomnianych objawów chorobowych, jeden z doszczętniejszych zabiegów jest na miejscu. W kilku przypadkach zapalenia gruczołów szyjnych pochodzenia migdałkowego wyłuszczenie migdałków odniosło skutek. Safranek wyraźnie zaznacza, że wyłuszczenie migdałków należy wykonać tylko przy ścisłych wskazaniach i przy równoczesnem przygotowaniu do zatamowania możliwego ciężkiego krwawienia.

Laub wspomina o przypadku zapalenia gruczołów szyjnych, który wyleczył przez usunięcie migdałków zapomocą rozkawałkowania. Spira.

A. Réthi: **W sprawie wycięcia migdałków.** (Monatsschrft. f. Ohr. 1912). Wycięcie migdałków (tonsillectomia) wskazane jest: 1) jeżeli migdałki, dotknięte przewlekłem zapaleniem, sprawiają często przykre objawy podmiotowe i przedmiotowe i wywołują choroby narządów sąsiednich lub całego ustroju; 2) jeżeli często się powtarzają ostre zapalenia migdałków; 3) jeżeli często powstają ropnie okołomigdałkowe; 4) przy długo trwającem upartem zapaleniu Vincenta; 5) w pierwotnym wrzodzie kiłowym migdałków z wykazalnymi krętkami; 6) w makroskopowo dostrzegalnych zmianach gruźliczych; 7) w złośliwych nowotworach migdałków. Odcięcie migdałków (tonsillotomia) wskazane jest w prostym przeroście migdałków. Przerost taki może wywoływać nieprzyjemne objawy następowe, które czynią częściowe ich usunięcie wskazanem. Rozkawałkowanie, rozszczepienie z wyskrobaniem i zabiegi galwanokaustyczne uważa autor za bezskuteczne lub szkodliwe. Nakoniec opisuje autor technikę wycięcia migdałków i narzędzia, przez siebie w tym celu używane. Spira.

Rosenberg: **Środek pomocniczy dla rozpoznawania powierzchownych ubytków błony śluzowej.** (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1912). Nadżarcia błony śluzowej mogą nabrać wielkiego znaczenia z powodu łatwego ich zakażania się. Tak n. p. w krtani, w miejscach obnażonych z błony śluzowej, rozwija się łatwo zapalenie, które może pociągać za sobą zapalenie ochrząstnej. W wielu przypadkach rozpoznanie takich ubytków błony śluzowej może sprawiać znaczne trudności, zwłaszcza dla początkujących. Otóż autor, opierając się na spostrzeżeniu, że rozczyny fluorescyny barwią nadżerki rogówki zielonawo, proponuje ten sam środek w celu rozpoznania nadżerek błony śluzowej n. p. krtani. Jeżeli się na nadżartą lub owrzodziałą błonę śluzową puści 1—2 kropelki 2% rozczynu fluorescyny, to miejsce to przybiera dłużej trwające zabarwienie żółtawe, mieniące się zielonawo; sąsiednia błona śluzowa barwi się wprawdzie także żółtawo, ale szybko barwę tę traci i zaraz powraca do barwy prawidłowej. W ten sposób miejsce owrzodziałe łatwo daje się poznać. Przytem należy nadmienić, że środek ten jest zupełnie nieszkodliwy. Spira.

Safranek: **W sprawie patologii i leczenia tocznia górnych dróg oddechowych.** (Monatsschrift f. Ohrenhk. 1912). W przebiegu tocznia odróżnia się: 1) okres początkowy, przedstawiający naciek podnabłonkowy błony śluzowej, 2) okres żywego rozrostu w postaci gruzełków, 3) okres owrzodzenia, 4) okres ziarnienia i zabliźnienia. Cechującem tocznia jest powstawanie świeżych gruzełków na brzegach owrzodzeń, które rzadko wiodą do większych zniszczeń. Nacieki toczniowe mogą samorodnie znikać z pozostawieniem szarobiałych zgrubień nabłonka albo bliznowatych zagłębień błony śluzowej. Przebieg jest bardzo powolny i łagodny. Objawy podmiotowe są bardzo nieznaczne. Do odróżnienia od kiły służy oprócz innych znaków próba Wassermanna, względnie tuberkulinowa. Toczeń występuje znacznie częściej u płci męskiej i u osób młodocianych. Między chorobami górnych dróg oddechowych zdarza się w 1·14%. W 73·9% przypadków tocznia skóry zajęta jest błona śluzowa, a najczęściej błona śluzowa nosa. Tu też choroba ta często występuje pierwotnie. Zakażenie następuje drogą wdychiwania albo przez samoprzeszczepienie, n. p. zapomocą palca. Rzadkim jest toczeń krtani, i tu najczęściej zajęta bywa nagłośnia. Ciąża wywiera niekorzystny wpływ na przebieg choroby. Najlepszym sposobem leczenia jest chirurgiczne usunięcie chorej tkanki. Ze środków chemicznych kwas mleczny stoi na czele. Czasem dobrze działa także leczenie jodkalomelem, sposobem Holländera, polegającym na tem, że chory bierze łyżkę 5% jodku potasu, a w kwadrans później przykłada się kalomel na miejsce chore. Metoda Pfannenstiela, polegająca na podaniu jodku sodu przez usta z następnem wdychiwaniem ozonu nie daje zawsze wyników dodatnich i jest bardzo uciążliwa i przykra. Większe znaczenie ma leczenie fizyczne, jak naświetlenie metodą Finsena lub promieniami Roentgena. Te sposoby jednak trudno dają się zastosować w głębi, jak w chorobach krtani. W znacznej liczbie przypadków leczenie gorącą parą dało wyniki świetne. Spira.

Williams: **Przyczynek do patogenezy polipów nosowych.** (Monatsschrift f. Ohrenhk. 1912). Na podstawie swoich poszukiwań patologicznych i klinicznych dochodzi autor do wniosku, że jedynie jego teorya o zatkaniu naczyń chłonnych tłomaczy dostatecznie powstawanie i rozwój polipów śluzowych nosa. Według tej teoryi, przed powstaniem polipów nosowych istnieje zwykle zakaźne zapalenie jamy sitowej, objawiające się podrażnieniem, nadmiernem kichaniem i nader obfitą wydzieliną z nosa. Zapalenie to wywołuje zamknięcie odprowadzających naczyń chłonnych, w następstwie czego gromadzi się wysięk surowiczy w okach tkanki podśluzowej i wytwarza się mała grudka, która rozrastając się w kierunku mniejszej odporności nabiera postaci polipa. Rozwój zatem polipów nosowych następuje, zdaniem autora, w podobny sposób jak słoniowacina (?), przy której również przerost miejscowy zależy od zamknięcia odprowadzających naczyń limfatycznych. Dla doszczętnego wyleczenia polipów nosowych niezbędne jest zatem wyleczenie ropienia zatoki zapomocą skutecznego sączkowania. Spira.

Siebenmann: **W sprawie powstawania i leczenia skombinowanych ropień jam bocznych nosa.** (Monatsschrift f. Ohrenhk. 1912). Na podstawie 4 opisanych przez siebie przypadków omawia autor sposób powstania skombinowanych ropotoków zatok bocznych nosa. Głównym czynnikiem, pośredniczącym w przeniesieniu się ropienia z jednej zatoki na inne, jest ujemne parcie powietrza, powstające w tych zatokach, których ujście stoi pod wpływem ropy, wyciekającej z pierwszej zatoki schorzałej. Dzieje się tu coś podobnego, jak przy powstawaniu ropnego i gruźliczego zapalenia ucha środkowego. Dalej wykazują wszystkie 4 przypadki autora, że długotrwałe ropienie w różnych jamach bocznych nosa tej samej strony może się bez dalszego leczenia samo wygoić po wyleczeniu jednej jamy, która jest głównem źródłem ropienia. Jest zatem rzeczą ważną, by w przypadkach ropienia wszystkich zatok (pansinuitis) odszukać naprzód tę jamę, naprzód ją otworzyć i wyleczyć, poczem operacya innych zatok, jak n. p. jamy czołowej, może stać się zbyteczną. Spira.

Seifert: **W sprawie bezwęchu urazowego.** (Monatsschrift für Ohrhk. 1912). Bezwęch (anosmia) może być według Onodiego 1) istotnym, 2) mechanicznym lub oddechowym, lub 3) czynnościowym. Bezwęch istotny może być obwodowym lub ośrodkowym, zależnie od miejsca uszkodzenia narządu powonienia. Po największej części w istotnym urazowym bezwęchu chodzi o postać obwodową. Zadziałanie tępego urazu na okolicę korzenia nosa może uszkodzić blaszkę sitową i rozerwać n. węchowy. Przy bezwęchu istotnym ośrodkowym chodzi przeważnie o urazy potylicy, które przez odbicie (contrecoup) wywołują rozerwanie n. węchowego. Bezwęch istotny toksyczny wywołuje

działanie płynów żrących, lub różnej ciepłoty, lub gryzących, szkodliwych gazów. — W pierwszym przez autora opisanym przypadku bezwęch był następstwem upadnięcia i uderzenia twarzą o kamień. Chory stracił węch i smak, natomiast czuł ciągle woń spalenizny. Drugi przypadek tyczył się chorego, któremu przez postrzał na polowaniu dostały się śróciny do lewej strony uszu i policzka. Silne krwawienie z nosa, po 3 tygodniach utrata smaku i węchu.

Brak powonienia może znacznie upośledzać zdolność zarobkowania, jak n. p. u kucharzy, piekarzy, cukierników, winiarzy, ogrodników, handlarzy tytoniem, kawą, kwiatami i t. p. Tacy uszkodzeni mogą zatem mieć prawo do renty, która, według Röpkego, powinna wynosić 10—15% całkowitej renty. Jeżeli w orzeczeniu o urazowym bezwęchu chodzi nie o ludzi na posadzie, lecz o samodzielnych przemysłowców, należy kwotę rentową lub pretensye do odszkodowania oceniać wyżej. Spira.

Zwillinger: **W sprawie powikłań śródczaszkowych pochodzenia nosowego, powstających drogą naczyń limfatycznych.** (Monatsschrift für Ohrenhk. 1912). Z przytoczonych przez Z. poszukiwań i rozumowań różnych autorów wynika, że w tych przypadkach zakażenia ośrodkowego układu nerwowego pochodzenia nosowego, w których nie można wykazać bezpośredniego rozszerzenia się sprawy zapalnej, należy dokładnie badać nietylko żyły, przechodzące z jednego narządu do drugiego, lecz także drogi limfatyczne. Dopiero na podstawie takich licznych i gruntownych badań anatomicznych można będzie zagadnienie to z należytą pewnością rozwiązać. Spira.

Caneghem: **Badania doświadczalne nad działaniem urotropiny w zapaleniu opon mózgowych.** (Zjazd Tow. otol. niem. Hannower, Maj 1912). Doświadczenia autora wykazały, że urotropina działa hamująco na rozrost bakteryi. Podana w jakiś czas po zakażeniu urotropina nie działa. Zastosowanie zaś tego środka przed lub wreszcie po wstrzyknięciu jadowitych paciorkowców pod oponę twardą zmniejsza znacznie śmiertelność. Ze zwierząt kontrolnych zakażonych, a nie leczonych urotropiną, zginęło 60%, z leczonych krótko po zakażeniu zginęło 14%, wcześnie leczone psy zachorowały wprawdzie na zapalenie opon, ale wyzdrowiały. Tak samo wyzdrowiało jedno zwierzę, u którego leczenie zaczęło się dopiero w 3 dni po zakażeniu. Dwa zwierzęta, leczone dopiero wtedy, kiedy już wszystkie objawy choroby były rozwinięte, zginęły mimo podawania urotropiny, 4 wcale nie leczone zwierzęta wszystkie zginęły. Urotropinę podawano podskórnie w dawce 0·1 na 1 kilogr. ciężaru ciała. Środek ten wczas użyty ma zatem korzystny wpływ na przebieg zakaźnego zapalenia opon mózgowych i może mieć znaczenie w leczeniu zapobiegawczem po zabiegach operacyjnych na oponach. Spira.

Urbantschitsch: **O wpływie zadziałania dźwięku na próg czułości słuchowej.** (Akustische Empfindungsschwelle). (Zjazd Tow. otologów niem. w Hanowerze. Maj 1912). »Hyperacusis Willisii« jest to objaw, polegający na lepszem słyszeniu wśród hałasu. Objaw ten różni autorowie w różny sposób tłómaczą. Jedni przypuszczają, że to wzmożenie słuchu odnieść należy do silniejszego pobudzenia narządu przewodzącego głos, inni odnoszą je do silniejszego podniecenia zmysłu słuchu. Autor przeprowadził szereg doświadczeń w celu wyjaśnienia tej sprawy. Pokazało się, że tak samo osoby zdrowe, jak i chorzy dotknięci cierpieniem ucha środkowego lub wewnętrznego, doznawali poprawy słuchu pod wpływem zadziałania dźwięku. Ponieważ poprawa ta utrzymywała się jeszcze jakiś czas po ustaniu tej przyczyny pobudzającej, przeto objaw ten nie daje się tłomaczyć zadziałaniem na narząd przewodzący głos, lecz należy przyjąć wzmożone pobudzenie zmysłu słuchu pod wpływem zadziałania fal głosowych. Tak samo wzmożonej bystrości słuchu, spostrzeganej przy wstrząsaniu głowy lub ciała, n. p. podczas jazdy, nie można z tego samego powodu przypisać powiększonej pod wpływem wstrząśnień zdolności drgania narządu przewodzącego głos, bo lepsze stosunki przewodzenia głosu, wywołane przez wstrząśnienia, mogą istnieć tylko podczas trwania ich, poprawa zaś słuchu utrzymuje się dłużej. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenia kliniczne z d. 29. X. i 5. XI. 1912.

1) Szmurło przedstawił przypadek niezwykłej wielkości **mięsaka gruczołów chłonnych** szyi oraz migdała prawego.

2) Lekarz-dentysta Leon Goldberg przedstawił chorego i **obturator podniebienia twardego i miękkiego ze sztucznymi przewodami nosowymi.** Obturator prelegenta tem się różni od innych tego rodzaju przyrządów, że posiada sztuczne przewody nosowe z ebonitu, przez które przechodzi dostateczna ilość powietrza, a które jednak pokarmów nie przepuszczają. Są one ustawione szerokim końcem ku tylnym nozdrzom, a wązkim rozchodzącym się do gardła. Podniebienie twarde łączy się z miękkiem zapomocą zawiasy, przeto wykonywa ruchy pionowe podczas skurczu mięśni gardłowych. Od strony nosowej równowagę utrzymują dwie sprężyny, od strony zaś podniebiennej dwie obrączki gumowe, które choć w części zastępują mięśnie podniebienia miękkiego. Cały obturator z łatwością można rozebrać na części dla oczyszczenia lub naprawy. Wymowa chorego jest znacznie wyraźniejsza, niż przy dotychczasowych obturatorach, a oddychanie nosowe odbywa się swobodnie. Przyrząd jest przytwierdzony w jamie ustnej zapomocą specyalnych zasuwek.

3) H. Higier: **Nowe prądy w dziedzinie anatomii, histologii, fizyologii, farmakologii i kliniki układu współczulnego i autonomicznego.** Prelegent omówił różnice między układem współczulnym a wegetacyjnym i dał opis obrazu anatomicznego: ośrodki rdzeniowo-opuszkowo-śródmózgowe, rami communicantes albi et grisei, synapsis; 2 neurony (przedkomórkowy i zakomórkowy) w przebiegu włókien wegetacyjnych; dwojakiego rodzaju odruchy współczulne; zależność układu wegetacyjnego od wzruszeń i afektu; podwójne i antagonistyczne unerwienie przez nerwy współczulne i autonomiczne; siedlisko n. współczulnego i n. n. autonomicznych. Następnie przedstawił farmakodynamikę układu wegetacyjnego: jady ogólne i elektywne, zewnątrzpochodne i wewnątrzpochodne (hormony) w obrębie układu wegetacyjnego; jady wagotropijne i sympatykotropijne, pobudzające i porażające (atropina, pilokarpina, fizostygmina, kokaina, nikotyna); podniecające, hamujące i sensybilizujące wytwory gruczołów i przemiany materyi (adrenalina, cholina, jodotyryna i pituitryna). Wreszcie dłużej zatrzymał się nad patologią ogólną układu wegetacyjnego i omówił działy następujące: a) wagotonię i sympatykotonię; b) kliniczne ich postaci: ogólną i miejscową, wyraźną i utajoną, typową i poronną, stałą i okresową, czystą i powikłaną, młodzieńczą i późniejszą, odosobnioną i rodzinną; c) stanowisko wagotonii wobec pewnych stanów fizyologicznych i patologicznych, szczególnie wobec przemiany materyi, czynność gruczołów wewnątrzwydzielniczych i zaburzeń w sferze duchowej; d) nerwice gruczołowe i narządowe; e) uwagi krytyczne do nauki o wagotonii i sympatykotonii; f) metodykę badania wagotonii kliniczną i farmakologiczną, oraz g) ustrojowość wrodzoną i nabytą.

W dyskusyi Pręgowski, »stwierdzając korzyści, jakie słuchaczom dał odczyt prelegenta«, podnosi zarazem »zbyt popularną formę tego odczytu« oraz zaznacza »niewłaściwość, gdy monograficzne opracowania jakiegoś działu wiedzy podawane są przez ludzi, którzy w danej dziedzi-

nie dotąd wydajnie naukowo nie pracowali«. Pr. uważa za jednostronne objaśnianie t. zw. wagotonii i sympatykotonii jedynie zmienionym chemizmem ustroju i sądzi, że w tych cierpieniach, a zwłaszcza w t. zw. usposobieniu wago-sympatykotonicznem, jeśli nie wyłącznie, to przynajmniej w znacznej mierze jest schorzały sam układ nerwowy wegetacyjny i schorzenie tego układu jest w tych przypadkach zmianą pierwotną. Uważa za zbyt ryzykowne twierdzenie, że różne zmiany t. zw. wago- lub sympatykotoniczne, jakie spotykamy u neurasteników i histeryków, nie mają nic wspólnego z neurastenią i histeryą. Przedstawiona przez prelegenta klinika układu wegetacyjnego okazuje rażącą przewagę pierwiastka dedukcyjnego nad empirycznym; kliniki jakichś cierpień nie można wydedukować z danych fizyologii lub farmakologii, lecz oprzeć ją należy przedewszystkiem na spostrzeganiu oraz analizie i porównaniu spostrzeżonego. Wśród cierpień układu wegetacyjnego można wyodrębnić grupę schorzeń o charakterze czynnościowym, polegających na spowodowanem przez skurcze gładkiej muskulatury zaciskaniu się, kurczeniu się rozmaitych narządów. Do tej grupy Pr. zalicza t. zw. kurczowe zaparcie stolca, cierpienie, zdaniem Pr., o wiele częstsze, zwłaszcza u osób nerwowych, niż zaparcie atoniczne; dalej dychawicę oskrzelową, dusznicę bolesną naczynioruchową, oraz cierpienia neurasteniczne, które polegają w istocie swej na zaburzeniach układu naczyniowego. Pr. zwraca uwagę na znaczenie nerwów współczulnego i błędnego dla czynności skóry jako narządu wydzielniczego; nowsze badania wykazały, że przez skórę i oddychanie płucne wydzielają się nietylko woda i kwas węglowy, ale również inne produkty wymiany materyi. Już dawniej Pr. zwracał uwagę na niedostateczne wydzielanie przez skórę, spowodowane upośledzoną rozszerzalnością naczyń skórnych oraz ich nadmiernem zaciskaniem się, a więc zależne w pierwszym rzędzie od cierpienia układu wegetacyjnego. Sen, w którym ważną rolę odgrywa układ naczynioruchowy, a więc i nerw współczulny i błędny, służy przedewszystkiem do wydzielania przez skórę i przez płuca wspomnianych produktów przemiany materyi.

W odpowiedzi Higier wyraża zdumienie, że Pr. życzyłby sobie usłyszeć odczyt ten, wypowiedziany przez »specyalistę« układu wegetacyjnego. Specyalistą może tu być i neuropatolog i internista. Zresztą sam tytuł z góry wyłącza specyalizacyę. Co do pytania, czy istotnie neurastenia jest jedynie nerwicą naczynioruchową, jak tego żąda Pr., to należałoby dopiero dowieść. Dedukowanie nauki klinicznej o wagotonii z fizyologii i farmakologii nie jest bynajmniej naganne; drogę tę należałoby w przyszłości raczej naśladować. Zaparcie atoniczne jest sprawą częstą, natomiast zaparcie kurczowe jest nerwicą nie powszechnie uznawaną. Wogóle tworzenie grupy nerwic kurczowych w układzie wegetacyjnym prowadziłoby na manowce.

T. Borzęcki.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(20, 21, 22 i 23 grudnia 1912).

Program prac Zjazdu przedstawia się w sposób następujący: Piątek 20 grudnia, o 9 rano otwarcie Zjazdu i posiedzenie Zjazdu z wykładami i odczytami na temat: »Nowe metody badania narządu przedsionkowego«, o 3 po poł. odczyty luźne. Sobota 21 grudnia, o 9 rano wykłady i odczyty na temat: »Metoda psychoanalityczna«, o 3 po poł. wykłady i odczyty na temat: »Zjawiska psychoelektryczne«. Niedziela 22 grudnia, o 9 rano wykłady i odczyty na temat: »Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatryi«, o 3 po poł. odczyty luźne. Poniedziałek, 23 grudnia, o 9 rano odczyty, luźne, o 3 po poł. posiedzenie ogólne i zamknięcie Zjazdu.

Na temat: »Nowe metody badania narządu przedsionkowego« wygłoszone zostaną następujące wykłady: 1) Dr Berlstein (Lwów): »Badanie i funkcye błędnika w warunkach fizyologicznych i patologicznych« (część otologiczna). 2) Dr Rothfeld (Lwów): »Fizyologia narządu przedsionkowego i jej znaczenie dla rozpoznania chorób układu nerwowego«. 3) Dr Rothfeld (Lwów), Dr Reich (Wiedeń) i doc. Dr Baranyi (Wiedeń): »Wpływ wyłączenia pojedynczych części móżdżku na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego«. Nadto odczyty: 1) Dr Babiński (Paryż) i Dr Jarkowski (Paryż): »Znaczenie rozpoznawcze próby galwanicznej w sprawach przedsionkowych«. 2) Dr Siengalewicz (Lwów): »Wpływ alkoholu metylowego na ustrój nerwowy ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się odruchów z narządu przedsionkowego«. 3) Dr Zylberlastówna (Warszawa): »O znaczeniu klinicznem odczynu błędnikowego w cierpieniach mózgowia«.

Na temat: »Metoda psychoanalityczna« wygłoszone będą następujące wykłady: 1) Dr Borowiecki (Kraków): »Psychoanaliza i jej kryterya«. 2) Dr Karpińska (Kraków): »Psychologiczne podstawy Freudyzmu«. 3) Prof. Dr Bandrowski (Lwów): »Psychoanaliza wobec podstawowych teoryi psychologicznych«. Nadto odczyty: 1) Dr Jekels (Bystra): Libido sexualis a charakter i neuroza«. 2) Doc. Uniw. genewskiego Dr Radecki (Kraków): »Pierwiastki psychobiologiczne w psychoanalizie«. 3) Dr Beaurain (Zakopane): »Symbol (Rozbiór wartości psychologicznej symbolu. Symbol w pierwotnej formie myślenia. Symbole w snach)«. 4) Dr Błachowski (Getynga): »Psychoanaliza wobec wyniku badań eksperymentalnych nad pamięcią«. 5) Dr Nelken (Kulparków-Lwów): »Badania psychoanalityczne chorób umysłowych«. 6) Dr Nunberg (Kraków): »Niespełnione życzenia w nauce Freuda«. — Do dyskusyi zapisani są już: Dr Jaroszyński (Warszawa), Dr Bornstein (Warszawa): W sprawie natręctw myślowych i nerwicy lękowej«.

Na temat: »Zjawiska psychoelektryczne« wygłoszone zostaną następujące wykłady: 1) Doc. uniw. genewskiego Dr Radecki (Kraków): »Zjawiska psychoelektryczne«. 2) Dr Dunin-Borkowski (Kraków): »Podstawy fizyczne i fizyologiczne t. zw. zjawiska psychoelektrycznego«. 3) Dr Karpińska (Zakopane): »Przyczynki doświadczalne do t. zw. zjawiska psychoelektrycznego«. 4) Dr Wizel (Warszawa) i Dr Zylberlastówna (Warszawa): »Badanie zjawisk psychogalwanicznych u chorych umysłowych«.

Na temat: »Sprawa wydzielania wewnętrznego w neurologii i psychiatryi« wygłoszone zostaną wykłady: 1) Doc. Dr Hornowski (Lwów): »Dane z anatomii, embryologii, histologii normalnej i patologicznej gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, mające związek z chorobami nerwowemi i umysłowemi«. 2) Prof. Dr Popielski (Lwów): »Wewnętrzne wydzielanie w świetle eksperymentów«. 3) Doc. Dr Orzechowski (Lwów): »Choroby nerwowe a wewnętrzne wydzielanie«. 4) Dr Ziembicki (Lwów): »Obrazy kliniczne w schorzeniach przysadki mózgowej«. Nadto odczyty: 1) Dr Simchowicz (Warszawa): »O zmianach histologicznych w ustroju nerwowym, zależnych od zatrucia tyreoidyną«. 2) Dr Sterling (Warszawa): »Studya kliniczne nad t. zw. eunuchoidami«. 3) Dr Rothfeld (Lwów): »Wpływ wyciągów z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na pęcznienie substancyi nerwowej«. 4) Tenże: »O przypadkach otłuszczenia typu Fröhlicha bez zmian w przysadce mózgowej«. — Do dyskusyi zapisany jest Dr Bychowski (Warszawa).

Poza wymienionymi tematami głównymi zgłoszone zostały następujące odczyty luźne: 1) Prof. Dr Bochenek (Kraków): »Demonstracya modelu ilustrującego przebieg dróg nerwowych«. 2) Dr Rogalski (Kraków): »Lokalizacya w jądrze nerwu okoruchowego u psa«. 3) Dr Macieszyna-Jeleńska (Kraków): »Drogi wychodzące ze wzgórków czworaczych przednich«. 4) Dr Rose (Kraków): »Cytoarchitektonika przedmóżdża ptaków«. 5) Dr Dzierżyński (Moskwa): »Histo-, onto- i filogeneza feochromnego systemu«. 6) Dr Rosental (Heidelberg): »Przyczynki do badań nad histologią plexus chorioideus«. 7) Dr Rothstadt (Warszawa): »O cytologii płynu mózgowo-rdzeniowego w warunkach normalnych i patologicznych«. 8) Dr Flatau (Warszawa) i Dr Handelsman (Warszawa): »Badania doświadczalne nad zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych ze specyalnem uwzględnieniem t. zw. drętwicy karku«. 9) Dr Bornstein (Warszawa): »Badania doświadczalne i anatomiczne nad uciskiem rdzenia«. 10) Dr Sterling (Warszawa): »Badania doświadczalne i kliniczne nad porażeniami powstającemi w przebiegu szczepień Pasteur'owskich«. 11) Prof. Dr Ciechanowski (Kraków) i Dr J. Landau (Kraków). »Meningitis cystica«. 12) Dr Bychowski (Warszawa) i Dr Raum (Warszawa): »Kilka uwag w sprawie rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu« (z pokazem preparatów). 13) Dr Landau (Kraków): »O kilku autopsyą stwierdzonych nowotworach mózgu«. 14) Doc. Dr Ma-

zurkiewicz (Kraków): »O afazyi giestowej i apraksyi«. 15) Dr Pański (Łódź): »W kwestyi objawów w przypadkach porażenia połowiczego rzadko spostrzeganych«. 16) Dr Maciesza (Kraków): »Dalsze badania nad dziedzicznością cech nabytych patologicznych u świnek morskich« (z demonstracyami). 17) Dr Feuerstein (Lwów): »Radiculitis«. 18) Dr Kopczyński (Warszawa): »W sprawie promieniowania bólów«. 19) Dr Demianowski (Lwów): »Znaczenie objawu Trousseau w nerwicach«. 20) Dr Bornstein (Warszawa): »W sprawie asthenia paroxysmalis«. 21) Dr Dzierżyński (Moskwa): »Pochodzenie zaniku mięśni przy syryngomyelii«. 22) Dr Meisels (Lwów): »Hematologia w epilepsyi«. 23) Dr Sabat (Lwów): »Promienie Roentgena w usługach neurologii«. 24) Tenże: »Wyniki rentgenologicznego badania epileptyków« (z demonstracyami). 25) Dr Zanietowski (Swoszowice-Kraków): »O klinicznych wynikach doświadczeń własnych nad metodą rozładowań w świetle uchwał ostatnich kongresów«. 26) Tenże: »O postępach elektrodyagnostyki (z demonstracyą przyrządów własnych)«. 27) Tenże: » O stosunku neurologii do nowoczesnej fizyo- i balneoterapii«. 28) Dr Chodźko (Kochanówka-Łódź): »Stan opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie Polskiem i zasadnicze postulaty najbliższej przyszłości«. 29) Doc. Dr Katzen-Ellenbogen (Skillman-Ameryka): » O obecnym stanie psychiatryi w Ameryce«. 30) Dr Kopciński (Warszawa-Tworki): » O szpitalach dla obłąkanych w Królestwie Polskiem i wewnętrznej ich organizacyi«. 31) Doc. Dr Mazurkiewicz (Kraków-Kobierzyn): »Stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi«. 32) Prof. Dr Piltz (Kraków): »Kilka słów o klinice chorób nerwowych i umysłowych w Krakowie«. 33) Dr. Mikulski (Kulparków-Lwów): »O alkoholizmie w psychiatryi«. 34) Doc. Dr Hornowski (Lwów) i doc. Dr Orzechowski (Lwów): »Mongolizm u idyotki«. 35) Dr Simchowicz (Warszawa): »O zmianach histologicznych w korze mózgowej w chorobie Alzheimera«. 36) Dr Grzywo-Dąbrowski (Kochanówka-Łódź): »W sprawie anatomii patologicznej stanu padaczkowego (status epilepticus)«. 37) Dr Łapiński (Warszawa): »Epilepsya a psychozy«. 38) Dr Szuman (Poznań): »Przypadek melancholii peryodycznej z wyobrażeniami natrętnemi jako objawami zwiastuńczymi i jako powikłaniem w jej przebiegu«. 39) Tenże: »O postaci psychozy maniakalno-depresyjnej ze stanami mieszanymi, osłupieniem manicznem, błyskawicznemi zmianami nastrojów i równoczesnem (?) ich przeciwieństwem«. 40) Dr Feuerstein (Lwów): »Cyklotymia«. 41) Dr Scharf (Kraków): »Kilka słów o wynikach leczenia porażenia postępującego injekcyami tuberkuliny«. 42) Dr Gepner (Warszawa-Tworki): »O zmniejszonej poczytalności«. 43) Dr Jaworski (Warszawa): »Badania doświadczalno-psychologiczne sfery nerwowo-psychicznej kobiet podczas menstruacyi«. 44) Dr Sterling (Warszawa): »Uwagi o mechanizmie psychologicznym zespołu Korsakowa«. 45) Doc. Dr Katzen-Ellenbogen (Skillman-Ameryka): »Z psychologii epileptyków«. 46) Prof. Dr Piltz (Kraków): »Z psychologii pseudologia phantastica«. 47) Dr Horwitz (Wiedeń): »O zaburzeniach pamięci najświeższych zdarzeń (Merkfähigkeit) przy histeryi i psychopatyi«. 48) Dr Jaroszyński (Warszawa): »O wpływie wzruszeń na stany nerwowe«. 49) Dr Cygielstreich (Warszawa): »Wzruszenia a choroby umysłowe«. 50) Dr Chojecki (Warszawa): »Przekształcanie się wzrokowych obrazów pamięciowych«. 51) Tenże: »Próba objektywnego mierzenia siły woli«. 52) Dr Wize (Poznań): »Z dziejów pojęcia wyobraźni«. 53) Tenże: »Kategorye logiczne w psychologii«. 54) A. Szycówna (Warszawa): »O właściwościach słownikowych i gramatycznych mowy dzieci w wieku lat 4—9«. 55) J. Zając (Kraków): »Badania przestrzenności widzianej«.

Ostateczny porządek dzienny wymienionych odczytów luźnych ułożony zostanie później. Wykład trwać może 30 minut, odczyt od 10—15 minut. Wkładka wynosić będzie: 25 koron, 10 rubli, 20 marek.

Komitet organizacyjny Zjazdu: Przewodniczący: Prof. Dr J. Piltz. Sekretarz: Dr S. Borowiecki. Członkowie Komitetu: Prof. Dr W. Heinrich, Dr A. Rydel.

Adres Komitetu: Kraków, ul. Kopernika L. 46.

Diesięciolecie Sanatoryum Dr Dłuskiego.

23. XI. 1912 odbył się cichy, nięmal domowy, bo prawie tylko w gronie chorych obchód dziesięciolecia Sanatoryum Dra Dłuskiego. Spółka założona 31. I. 1899, z akcyonaryuszami Paderewskim i Sienkiewiczem, A. hr. Krasińskim, A. i K. hr. Potockimi, K. i S. hr. Badenimi, L. hr. Pinińskim, oraz lekarzami Prof. Dr Baranowskim, Dr Duninem, Prof. Dr Gluzińskim, Prof. Dr Kostaneckim, Dr Sokołowskim, Dr Surzyckim, Dr E. Zielińskim i Prof. R. D. Dr Wicherkiewiczem na czele — już w roku 1902 (23. XI.), otwiera Sanatoryum, którego budowa kosztowała 1.500.000 koron. Polscy lekarze znają to Sanatorym bardzo dobrze, skierowują chorych z najrozmaitszych stron, a 265.000 dni leczenia przez te 10 lat świadczy o tem najlepiej. Pochodzenie chorych w odsetkach tak się przedstawia: 10% Warszawiacy, 22% — Królestwo, 33% — Litwa, Ukraina, Podole, 29% — Galicya, $2^1/_2$% — Zabór pruski, $3^1/_2$% — obcy.

Wyniki leczenia, pomimo krótkiego bo średnio 90 dni trwającego pobytu chorych, dają polepszenie do 90%. O urządzeniach sanatoryalnych, pod każdym względem wzorowych, również ogół naszych lekarzy wie dobrze. Najważniejsze jest to, że Sanatoryum Dra Dłuskiego, to pierwsza i jedyna dotąd u nas naukowa placówka w walce z gruźlicą. Nauka polska bowiem wzbogaciła się już dotąd następującemi pracami Dra Dłuskiego: 1) O trawieniu u gruźliczych. 2) O stosowaniu tuberkuliny ze stanowiska klinicznego. 3) O badaniu krwi metodą Arnotha. 4) O stosowaniu tuberkuliny Beranecka. 5) O gorączce miesiączkowej u kobiet gruźliczych. 6) Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc.

Gdy jeszcze uprzytomnimy sobie, że miliony polskich pieniędzy rokrocznie zostaje w kraju, to musimy uznać, że założenie i wzorowe prowadzenie Sanatoryum jest czynem obywatelskim. Życzyć więc należy, aby jak najdłużej z korzyścią dla walki z gruźlicą i polskiego społeczeństwa działało pod obecnem kierownictwem.

Dr Antoni Kuczewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 28. XI. posiedzenie, na którem Dr Szymanowski przedstawił metodę serodyagnostyczną ciąży, a wraz z Dr Rosenhauchem doświadczenia nad reinfekcyą gruźliczą, poczem prof. Gliński miał zapowiedziany wykład o przysadce mózgowej. W dyskusyi przemawiali prof. Bochenek, Kostanecki, Rosner, doc. Koźniewski i Dr Markowa. Na posiedzeniu wybrano komisyę przedwyborczą.

— Z powodu dziesięciolecia działalności najstarszego polskiego Sanatoryum dla piersiowo chorych w Zakopanem, przesłało wielu lekarzy na ręce dyrektora, Dr K. Dłuskiego, życzenia, do których i my się przyłączamy.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Tow. lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Dr J. Jaworskiemu za roczniki i zeszyty »Zdrowia«, ofiarowane Bibliotece Tow. lekarskiego.

Dr Blassberg, bibliotekarz.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. XI. do 23. XI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych — † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 3, płonicy 8 † 3 (2 † —), odry 2, duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), czerwonki 1 † — (2 † —), róży 1 † — (1 † 1), wąglika (1 † —). Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe warszawskie ogłasza, że Dr Władysław Palmirski przekazał Towarzystwu pracownię swoją serologiczną wraz z całym inwentarzem, uodpornionymi końmi, zapasem surowic i t. p. jedynie za zwrotem wartości inwentarza. Stanowi to poważny nabytek dla Towarzystwa zarówno pod względem naukowym, jak i materyalnym, a jest je-

dnocześnie dowodem wysokich uczuć obywatelskich ofiarodawcy, który zrezygnował na rzecz Towarzystwa z dochodów swego działu serologicznego, prowadzonego przez siebie i rozwijanego w ciągu 17 lat.

— Pięćdziesiątą rocznicę założenia Szkoły Głównej obchodzono 25. XI. b. r. bardzo uroczyście. Towarzystwo naukowe warszawskie odbyło posiedzenie publiczne, poświęcone głównie tej rocznicy; po przemówieniu protektora Towarzystwa Józefa hr. Potockiego, przedłożył sekretarz generalny p. Fr. Pułaski sprawozdanie z działalności Towarzystwa, a p. Bronisław Chlebowski wygłosił rzecz o Szkole Głównej. Następnie odbyło się zebranie w Resursie obywatelskiej, gdzie pp. Marczewski, Świętochowski, Nussbaum i Jankowski wygłosili cztery główne przemówienia, poczem zabierali głos bardzo liczni mowcy, składając hołd znakomitej uczelni. Na uroczystość nadeszło mnóstwo pism i telegramów z całej Polski, m. i. od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, od »Przeglądu lekarskiego«, od wielu profesorów Wydziału lekarskiego krakowskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego nie przybył od 18. XI. do 25. XI. 1912 żaden nowy przypadek. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W związku z przyszłorocznym XVII. międzynarodowym Zjazdem lekarskim odbędzie się w Londynie wystawa, objaśniająca postępy medycyny, ściśle naukowa, a dostosowana do głównych tematów obrad sekcyi Zjazdu. W sprawach wystawy zwracać się należy do sekretarza honorowego komitetu wystawy (Comité du Musée, H. W. Armit, Ravenhurst, Talbot Road, Wembley pod Londynem). Komitet wystawy pokrywa kosztu transportu i asekuracyi przedmiotów wystawionych. Dla objaśnienia zadań i zakresu wystawy przytaczamy kilka punktów z jej programu. I tak np. w dziale fizyologii prócz nowych przyrządów i wyników nowych badań mają być pomieszczone okazy anatomiczne, objaśniające stosunki wzajemnej inerwacyi; w dziale patologii: systemy mięśnia serca, przeszczepianie tkanek, patologia wstrząsu; w dziale chirurgii okazy złośliwych nowotworów jelita grubego, guzów mózgu, przedmioty odnoszące się do chirurgii klatki piersiowej i do chirurgii tętnic i t. d.

— Pomiędzy francuskiem Towarzystwem Czerwonego krzyża a lekarzami wojskowymi we Francyi toczy się spór, który rozstrzygnie dopiero parlament. Mianowicie lekarze wojskowi w razie wojny chcą mieć oddziały Czerwonego krzyża pod swymi rozkazami, a Towarzystwo chce mieć swoich osobnych kierowników lekarzy. X.

— W Quimper w Bretanii, miejscu urodzenia Laënneca, wystawiono mu pomnik. Okoliczni włościanie w mniemaniu, że to święty, który leczy ludzi, odbywają do pomnika pielgrzymki i zanoszą modły i nie można im tego wytłomaczyć. X.

— Z powodu złych płac w okręgu naukowym moskiewskim wakuje przeszło 100 posad lekarzy szkolnych. K.

— Magistrat Berlina postanowił założyć kilka szkół z osobnym planem nauki dla niedosłyszących dzieci szkolnych, których liczba jest bardzo wielką. Dzieci te, nieraz nawet zdolne, z powodu swej wady uczą się źle, albowiem nauczyciele nie mogą w zwykłej szkole specyalnie się niemi zajmować. X.

— Zepsute zęby ma podług Shennana około 80% dzieci szkolnych w Anglii. Dzięki fundacyi Carnegiego zakładają po miastach w Anglii obecnie szkolne kliniki dentystyczne. X.

Mianowani: Dr Alojzy Malinowski i Dr Kornel Budzynowski asystentami sanitarnymi w rządowej służbie zdrowia w Galicyi.

Zmarli: Dr Jan Sznabl, wychowaniec i b. prosektor anatomii porównawczej w Szkole Głównej warszawskiej, później profesor gimnazyów warszawskich, wreszcie lekarz miejski, wybitny dipterolog, autor kilkudziesięciu prac z zakresu entomologii, w 75 r. ż. w Warszawie; Dr Marcin Kulikowski, radca stanu, w 64 r. ż. w Warszawie; Dr Karol Gadomski, lekarz powiatu włoszczowskiego, w 77 r. ż.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 4. grudnia 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Kostanecki: Torbielowata zmiana całego wyrostka robaczkowego z wgłobieniem do kiszki ślepej (demonstracya). 2) Dr Zanietowski: Demonstracya przyrządów elektroleczniczych własnego pomysłu (nagrodzonych przez komisyę międzynarodową na Zjeździe w Pradze). 3) Dr Schlank: Wyciągi z przysadki mózgowej w położnictwie i ginekologii.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w poniedziałek dn. 2. grudnia 1912 o godz. 6 wieczorem** w Jarosławiu w szpitalu powszechnym z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Skrzywienie kręgosłupa i leczenie jego, kol. Dr Aleksiewicz. 3) Pogadanka na tle obecnie panujących chorób i wnioski członków.

O liczny współudział upraszamy.

Sekretarz: Dr Orłowski. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Ervasin. Wyniki leczenia gośćca stawowego i schorzeń gośćcowych. Dr Richter. (Berlin. klin. Wochenschr. 1912 Nr 38). Przetwór, który prawdziwy ostry i ciężki gościec stawowy doprowadza do wyleczenia, bez sprowadzania objawów ubocznych, może liczyć na pewne, że będzie skutecznym we wszystkich innych schorzeniach gośćcowego i najczęściej także neuralgicznego pochodzenia, ponieważ polyarthritis rheumatica acuta stawia dalej idące i wszechstronniejsze wymagania wobec działania leczniczego przetworu, aniżeli wszystkie inne analogiczne choroby. Przy tej gorączkowej, z nadzwyczajnymi bólami przebiegającej, sercu zagrażającej chorobie może lek jakiś tylko wówczas ze stałym skutkiem być stosowany, jeżeli energicznie uspokaja bóle, na czas dłuższy obniża gorączkę, nie drażni nerek, bywa dobrze znoszony przez żołądek i nie osłabia serca. Z tego punktu widzenia przystąpił Dr Richter do ogólnego wypróbowania danego do dyspozycyi przez firmę Goedecke & Co. w Lipsku przetworu »Ervasin« (kwas acetyloparakreosotynowy) i na plan główny spostrzeżeń wysunął ostry gościec stawowy. Spadek ciepłoty zaczynał się najczęściej po 1—2 godzinach po pierwszem podaniu; wkrótce następowało uczucie ulgi (nie osłabienia jak przy wielu środkach przeciwgorączkowych). Apetyt bywał dobry, sen zwykle spokojny, poty rozpływne nie występowały wcale, a lekkie pocenie się tylko niekiedy. Dreszczu po podaniu ervasiny nie spostrzegano nigdy. Wpływ na bóle występował szybko w $^1/_4$—$^3/_4$ godziny po podaniu, uczucia palenia w głowie i bóle głowy znikały natychmiast. Niemiłego wpływu na serce, żołądek, nerki i jelita nie stwierdzono w żadnym przypadku. Także powstania endocarditis nie spostrzegano w przebiegu podawania ervasiny. Dawkowanie 0,5 w tabletkach kilka razy dziennie.

Chorzy, leczeni już częściowo kwasem acetylosalicylowym, przyjmowali chętniej ervasinę, gdyż osiągali przez nią szybsze ukojenie bólów. Według wszelkiego prawdopodobieństwa przewyższa ervasina kwas acetylosalicylowy nawet w działaniu ogólnem, szczególnie jeżeli się rozważy jej jeszcze znaczniejszą nieszkodliwość. »Moje spostrzeżenia usprawiedliwiają, aby ervasinę scharakteryzować jako bardzo wybitny, obecnie — o ile się zdaje — nasz najlepszy środek przeciwgośćcowy, przeciw nerwobólom i przeciwgorączkowy«. Hr. W

Rok LI. Kraków, dnia 7. grudnia 1912. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Petersburskiego Domu Wychowawczego.

Odczyn Engel-Turnaua w moczu osesków.

Odczyt wygłoszony w Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu w dniu 9/22 listopada 1912 r.

Podał

Dr med. **Stanisław Ostrowski.**

W początku 1911 r. wyszła praca Engla i Turnaua [1]) (z kliniki dziecięcej Prof. Schlossmanna w Düsseldorfie), w której autorowie zwracają uwagę na ciekawy odczyn w moczu dzieci karmionych piersią.

Badając mocz oseska ze zwężeniem odźwiernika, spotkali się autorowie z niespodziewanem zjawiskiem. Przy określaniu ilości chlorków w moczu zapomocą azotanu srebra zapomnieli mocz zakwasić. Męt biały, obłoczkowaty, powstały po dodaniu rozczynu azotanu srebra, bardzo szybko zmienił barwę i dał osad czarny na dnie probówki. Działanie światła na chlorek srebra było wyłączone, ponieważ w pracowni było ciemno. Badania, podjęte nad moczem innych osesków, doprowadziły autorów do przekonania, że zjawisko to występuje w moczu osesków, karmionych wyłącznie tylko piersią, natomiast u dzieci karmionych sztucznie nie występuje wcale, co może służyć jako próba co do rodzaju pożywienia.

Można spostrzegać przejścia natężenia zabarwienia od szarego, szaro-brunatnego, czasem z odcieniem bronzowym lub fioletowym do zupełnie czarnej barwy osadu. Stopnie te w zabarwieniu występują w zależności od ilości chlorków w pożywieniu, jakie dziecko otrzymuje, a także przy zaburzeniaeh w odżywianiu u dzieci karmionych piersią. Ogrzewanie próbówki z cieczą przyspiesza i wzmacnia wynik próby.

Wzór tej próby jest następujący: Do 5 ctm. sz. niezakwaszonego moczu dodaje się 15—20 kropel 2% rozczynu azotanu srebra i pozostawia się na 10 minut. Jeżeli w ciągu tego czasu nastąpi szybkie zaczerwienienie osadu, to mocz pochodzi od dziecka karmionego piersią. Dla szybkiego zoryentowania się można zagotować mocz po dodaniu odczynnika. Jeżeli osad pozostaje białym lub nieco zmienia barwę, pochodzi od dziecka karmionego sztucznie.

F. Boschan [2]) badał ten odczyn na oddziale doc. Berenda w Budapeszteńskim szpitalu dziecięcym i doszedł do wniosku, że próba ta występuje w moczu niektórych dzieci karmionych mlekiem krowiem, a przy pewnem rozcieńczeniu daje wynik dodatni z każdym moczem. Jeżeli mocz zawiera mało chlorków, to dodany azotan srebra pozostaje w nadmiarze i dzięki substancyom redukującym odtlenia się na Ag_2O i Ag (czerwony osad). Przy wyniku dodatnim w przesączu zawsze daje się odkryć $AgNO_3$, przy ujemnym tego nie bywa.

U dzieci, karmionych sztucznie, przy takiej-że małej zawartości soli w pokarmie, jak i w mleku kobiecem, np. przy karmieniu mlekiem białkowem, występuje odczyn dodatni z azotanem srebra. Inne strącające się z $AgNO_3$ substancye (węglany, fosforany) wpływają na odczyn o tyle, o ile tworzące się połączenia Ag łatwo się odtleniają, przeto stosunkowo obfity w sole mocz dziecka, sztucznie karmionego, da osad czarny, jeżeli zawiera dostateczną ilość fosforanów i węglanów.

W odpowiedzi na tę pracę Engel i Turnau [3]) zaznaczają, że istota odczynu nie jest tak prosta. Znaleźli oni, że odczyn z moczem osesków wtedy tylko bywa dodatnim (osad czarny), gdy się bierze więcej $AgNO_3$, niż potrzeba dla strącenia Cl (fosforanów i węglanów w moczu osesków bardzo mało). Dowodzą oni, że 1 ctm. sz. 2% rozczynu azotanu srebra może nasycić maksymalną ilość Cl w 5 ctm sz. moczu osesków.

E. Langfeldt [4]) (z oddziału Prof. Laache w Christyanii) badał ten odczyn u 14 osesków, karmionych piersią (wynik dodatni odczynu w 85%) u 6 sztucznie karmionych (odczyn ujemny w 85%), u 5 na mieszanem (pierś + mleko krowie) karmieniu (we wszystkich przypadkach odczyn ujemny) i u 1 noworodka, który jeszcze nie otrzymał żadnego pokarmu (odczyn dodatni). Odczyn ten bywa ujemnym, gdy zawartość NaCl przewyższa w przybliżeniu 1·75‰. Autor ten zgodnie z Boschanem zauważył, że odczyn dodatni bywa zatrzymany, jeżeli do moczu dodaje się trochę NaCl, natomiast odczyn ten i u sztucznie karmionych dzieci bywa dodatnim, jeżeli mleko rozcieńcza się równemi częściami wody. Langfeldt również jak i Boschan dochodzi do wniosku, że tym odczynem nie można posiłkować się dla odróżniania moczu dzieci karmionych piersią i sztucznie.

Balászy [5]) stosował ten odczyn w 327 przypadkach u dzieci karmionych piersią i sztucznie odżywianych. Mniema on zgodnie z Boschanem, że odczyn ten jest odczynem

chlorków (Chloridreaction); przypisuje temu odczynowi ważne znaczenie dla sprawdzenia, czem się dziecko odżywia. U zdrowych osesków, jeżeli zawartość chlorków w 5 ctm sz. moczu jest mniejsza od 0,0069 grm, otrzymujemy odczyn dodatni; u dzieci sztucznie karmionych odczyn niekiedy bywa dodatnim, lecz zazwyczaj ujemnym.

Własne badania przeprowadziłem na dzieciach (przeważnie zdrowych, lub z lekkiemi chorobami) w wieku od kilku tygodni do jednego roku (przeważnie od 2—6 mies.), przyczem osesków, karmionych wyłącznie piersią było 156 [tylko w 6 przypadkach (3·8%) otrzymałem odczyn ujemny, t. j. biały osad w moczu po dodaniu 2% rozczynu azotanu srebra]; na mieszanem pożywieniu (pierś i dodatkowy pokarm: mleko krowie w różnem rozcieńczeniu wodą, mączka Nestlea, mieszanka Biederta, Kufeke, Allenbury, zupa Kellera, kasza, manna) było 78 dzieci (u 44 dodatni wynik odczynu i u 34 ujemny) i 30 sztucznie karmionych [tylko u 1 (3·3%) wystąpił odczyn dodatni (osad czarny) z $AgNO_3$]. Przechodząc do bliższego rozpatrzenia 3 wspomnianych kategoryi, muszę zaznaczyć, że odczyn Engel-Turnaua wykonywałem zawsze z ogrzanym moczem. U dzieci, karmionych piersią, biały osad, raczej męt obłoczkowaty, powstający po dodaniu do moczu azotanu srebra, przy gotowaniu moczu prawie raptownie zmienia barwę i przeistacza się w większości przypadków w czarny. U 10 wcześniaków, którzy otrzymywali tylko mleko kobiece, ani razu nie spostrzegłem czarnego zabarwienia osadu, lecz wybitnie brunatne.

Różne odcienia zabarwienia (od fioletowego, brunatnego do czarnego) otrzymywałem z moczem dzieci, które prócz mleka kobiecego otrzymywały jeszcze jakikolwiek pokarm dodatkowy. Zauważyłem, że przy karmieniu piersią i równocześnie znacznie rozcieńczonem mlekiem krowiem (1:1) występuje w większości przypadków odczyn dodatni, gdy zaś do mleka kobiecego dodaje się krowie w rozcieńczeniu 2 części mleka na 1 część wody lub odwaru lub mleko całe, występuje odczyn ujemny. Karmienie mieszane z dodatkiem mączki Nestlea, Kufekego, Allenbury, mieszanki Biederta lub manny (kaszy) prawie zawsze wywołuje odczyn dodatni.

Na czem polega istota tego odczynu? Niewątpliwie największą rolę odgrywa tutaj mniejsza ilość chlorków w mleku kobiecem, niż w krowiem, i pod tym względem odczyn ten, zgodnie z Boschánem i Balázsym, należy uważać za odczyn chlorków. Wzmiankę Langfeldta, że odczyn ten bywa ujemnym, gdy ilość Na Cl w moczu przewyższa 1·75‰, należy uważać za słuszną, albowiem według licznych badań Dr Szaniawskiego[6]) średnia zawartość chlorków w moczu osesków w wieku od 30 dni do 6 miesięcy waha się w granicach od 1·286—1·507‰. Zwiększając sztucznie zawartość chlorków w moczu dzieci, karmionych piersią, można już nie otrzymać dodatniego odczynu Engel-Turnaua; jeżeli n. p. do 5 ctm. sz. moczu dziecka karmionego piersią, dodać 3 ctm. sz. 0·12% rozczynu Na Cl (odpowiadającego prawidłowej zawartości chlorków w moczu oseska), to po dodaniu 1 ctm sz. 2% rozczynu $AgNO_3$ występuje biały osad, nie przeistaczający się przy gotowaniu wcale w czarny. Że na ten odczyn nie wywierają wpływu fosforany, co podkreślają Engel i Turnau, można wnosić z nieznacznej ilości ich w moczu osesków (0·211—0·278‰ według Szaniawskiego).

Zczernienie osadu po dodaniu do 5 ctm sz. moczu dziecka, karmionego piersią, 1 ctm sz. 2% rozczynu $AgNO_3$ należy wytłómaczyć redukcyą wprost na metaliczne Ag dodane w nadmiarze azotanu srebra wskutek obecności w moczu substancyi redukujących, lecz szybkość owego zczernienia pozostaje dla mnie niezupełnie jasną; nawiasem mówiąc, jeżeli do 5 ctm sz. 0·12% rozczynu NaCl lub do tychże 5 ctm. sz. tegoż rozczynu, do połowy rozcieńczonych wodą przekroploną, dodać 1 ctm. sz. 2% rozczynu $AgNO_3$, to przy gotowaniu biały osad wcale nie zmienia barwy; obecność więc substancyi redukujących jest dla powstania czarnego osadu w moczu oseska niezbędna.

Na mocy własnych spostrzeżeń (dodatni odczyn w 96·2% dzieci, karmionych wyłącznie piersią, i ujemny u 96·7% dzieci, sztucznie karmionych) dochodzę do wniosku, że odczyn Engel-Turnaua ma niewątpliwie praktyczne znaczenie, jako wskaźnik rodzaju pożywienia; w instytucyach takich, jak Domy Wychowawcze, odczyn ten może mieć znaczenie, — sit venia verbo! — »śledcze«, na dowód czego mogę przytoczyć ten fakt, że otrzymawszy w kilku przypadkach u dzieci, karmionych rzekomo wyłącznie piersią, odczyn ujemny, z późniejszych zeznań mamek dowiadywałem się, że one, oprócz piersi, samowolnie i pokryjomu dawały swoim oseskom i mleko krowie.

Piśmiennictwo. 1) St. Engel und L. Turnau: Ueber eine Reaktion des Urins von Brustkindern. »Berliner klinische Wochenschrift« 1911, str. 18.—2) F. Boschán: Das Wesen der Engel-Turnau'schen Harnreaktion. Ibidem, 1911, str. 302.—3) Engel und Turnau. Ibidem, 1911, str. 303.—4) E. Langfeldt. Zur Engel-Turnau'schen Harnreaction: Ibidem, 1911, str. 2114.—5) D. Balázsy: Zur Engel-Turnau'schen (E.-T.) Urinreaktion. Ibidem, 1912, str. 352.—6) Szaniawski: Petersburska dysertacya, 1900.

(Z pracowni farmakologicznej Uniwersytetu Lwowskiego).

Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne.

podał

Prof. Dr L. Popielski.

(Ciąg dalszy).

Obecność adrenaliny we krwi, wypływającej z nadnerczy, stwierdzono zapomocą doświadczeń hemodynamicznych. Trzeba jednak zaznaczyć, że adrenalinę stwierdzono nie we krwi prawidłowej, ale we krwi odwłóknionej. A tymczasem sam proces odwłókniania może wytworzyć ciała, w prawidłowej krwi nie istniejące wcale. I tak zapomocą wzbijania krwi prawidłowej wytwarza się wazodylatyna. Można było przypuszczać, że wytwarzanie włóknika, występujące przy tym zabiegu, jest powodem powstawania wazodylatyny. Tak jednak nie jest. W surowicy krwi, po jej skrzepnięciu, wazodylatyny nie ma. Natomiast wazodylatyna wytwarza się przy mechanicznem oddziaływaniu na czerwone ciałka krwi, przyczem pod mikroskopem nie można zauważyć w ciałkach czerwonych żadnych

zmian. Możliwem jest więc, że i adrenalina powstaje podczas odwłókniania ze specyalnych tworów, które podczas brania krwi z nadnercza nadzwyczajnie łatwo przepchnąć do żyły. Na tę ostatnią okoliczność już oddawna zwracano uwagę; z tą okolicznością w doświadczeniach nad nadnerczem koniecznie liczyć się trzeba. Budowa naczyń włoskowatych nadnercza umożliwia przechodzenie zawartości samego nadnercza do żyły z powodu dużych przestrzeni pomiędzy komórkami śródbłonkowemi. Samo nawet lekkie naciskanie na gruczoł wystarczy, aby wywołać przechodzenie zawartości rdzennej części nadnerczy do żyły.

W badaniach niedawno przezemnie wykonanych okazało się, że uciskanie nadnerczy podnosi kolosalnie ciśnienie krwi. Tak uciskanie jednego nadnercza w ciągu 45 sekund co 3—4 sek. podnosiło ciśnienie z 80 mm rtęci prawie do 300 mm. Zaledwie dostrzegalne dotykanie nadnercza w ciągu 15 sekund wywołało podwyższenie ciśnienia krwi z 70 mm do 120 mm Hg. Ucisk nadnerczy może nastąpić w rozmaitych warunkach fizyologicznego i patologicznego życia ustroju. Wobec moich doświadczeń zrozumiałym jest cukromocz od przywiązywania zwierzęcia (Fesselungsglykosurie). W ostatnich chwilach ciąży, bezpośrednio poprzedzających poród, ucisk nadnerczy może prowadzić do nadmiernej ilości adrenaliny we krwi, co wywołuje rzucawkę. Zewnętrzne objawy rzucawki są do najdrobniejszych szczegółów identyczne z toksycznem działaniem adrenaliny. Przy wypełnieniu okrężnicy poprzecznej treścią twardą bardzo łatwo może nastąpić ucisk nadnerczy, a wskutek tego wystąpią objawy działania adrenaliny, którego jednym z objawów będzie niedomoga jelit (atonia), a więc warunek, powiększający zaparcie stolca. Także przy wypełnieniu żołądka łatwo może nastąpić ucisk nadnerczy. W świetle moich badań staje się zrozumiałym wynik badań Elliota, który wykazał, że chloroformowanie, eteryzowanie, tylko wtedy zmniejsza zawartość adrenaliny w nadnerczach, kiedy nerwy trzewne nie są przecięte. Po przecięciu tych nerwów zawartość adrenaliny zmniejsza się w bardzo słabym stopniu. Jest to zupełnie zrozumiałem. Przecięcie nerwów trzewnych wywołuje zwężenie naczyń krwionośnych nadnerczy, skutek czego nie może nastąpić przedostawanie się adrenaliny do krwi. Przy całych nerwach trzewnych podniecenie, połączone z rzucaniem się zwierzęcia w początkach podawania chloroformu lub eteru, wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych, przez co łatwo adrenalina wyciska się z nadnerczy do krwi podczas silnych ruchów zwierzęcia. Na samą adrenalinę ani chloroform, ani eter, nie wywierają żadnego niszczącego wpływu. Co się tyczy pytania, w jakim stosunku znajduje się adrenalina do substancyi chromochłonnej, to można uważać za pewne to, że adrenalina znajduje się w tych samych tworach, co substancya chromochłonna. Przy wyciskaniu tych tworów z nadnerczy, co następuje w okresie podniecenia zwierzęcia przy narkotyzacyi, oczywiście spotykamy się z brakiem tych tworów. Brak ten jednak wskazuje nie na zniszczenie adrenaliny, ale na usunięcie jej razem z tworami, barwiącymi się od chromu. Znikanie adrenaliny przy narkozie jest prawidłem i za przyczynę śmierci uważane być nie może. Należy tu także zaznaczyć, że po zupełnem usunięciu nadnerczy, drażnienie nerwu współczulnego podnosi ciśnienie krwi bez widocznej różnicy. W wyciętych nadnerczach, o ile podczas samego wycinania nie nastąpiło wyciskanie adrenaliny, bez trudności można sobie wyobrazić wspólne warunki, przy których i substancya chromochłonna i adrenalina będą znikać. Stąd jednak utożsamiać obydwu tych ciał nie można, albowiem rozstrzygające znaczenie dla stosunku obydwu tych ciał mają warunki, przy których jedno ciało ginie, a drugie pozostaje bez zmiany. Tak Biedl znałazł, że nadnercza, nie zawierające, albo tylko w małym stopniu zawierające substancyę chromochłonną, przedstawiają niezmienioną zawartość adrenaliny. W badaniach w mojej pracowni nadnercza ludzkie, brane w 24 godzin po śmierci i przechowywane następnie w spirytuse, w ciągu 6 miesięcy dawały, jednak podwyższenie ciśnienia krwi bez widocznych zmian. Utożsamiać więc adrenalinę z substancyą chromochłonną bezwarunkowo nie można.

Wspomnieć tu jeszcze należy, że na podstawie badań Cannone i de la Pace wzruszenia psychiczne wpływają na zmniejszenie adrenaliny w nadnerczach. Fakty te posiadają znaczenie wobec tego, że niektórzy z autorów zmniejszeniu adrenaliny, stwierdzonemu przy sekcyach, skłonni są przypisywać przyczynę śmierci, kiedy właśnie zmniejszenie adrenaliny jest skutkiem rozmaitych zjawisk, towarzyszących śmierci, nie zaś przyczyną śmierci.

Że przy powstawaniu adrenaliny chodzi rzeczywiście o rozpadanie się pewnych tworów, albo pewnych połączeń, dowodzą tego moje doświadczenia z zaciskaniem aorty piersiowej.

Jeżeli zaciskać tętnicę główną piersiową w ciągu pewnego czasu, to po zdjęciu zacisku ciśnienie krwi podnosi się, i to tem więcej, im dłużej (wprawdzie do pewnej granicy) zaciskano tętnicę główną. Okazało się, że maximum wzrostu ciśnienia występuje wówczas, kiedy zaciska się tętnicę główną w ciągu 7—8 minut. Ciśnienie krwi podnosi się przy zaciskaniu i w ciągu 12 minut, ale już nieco mniej. Zależeć to może od tego, że adrenalina nie powstaje w dawniejszej ilości wskutek poprzednio trwającego 7-minutowego zaciskania, ale także i od zmniejszonego oddziaływania naczyń krwionośnych wskutek długo trwającej przerwy w odżywianiu. Przy zupełnym braku krwi oczywiście nie może być mowy o prawidłowej czynności wydzielniczej nadnerczy.

Jedynie można tu mówić o sprawach destrukcyjnych, rozpadowych, w samej tkance nadnercza, wskutek czego powstaje adrenalina. Stąd należy wnosić, że adrenalina znajduje się w postaci bardzo chwiejnego związku, z którego łatwo się może uwolnić w stanie gotowym do działania.

Przy drażnieniu nerwu trzewnego mamy do czynienia nie ze sprawą wydzielniczą, ale z mechanicznem usuwaniem, wypłukiwaniem z gruczołu chwiejnego związku adrenaliny, która uwalnia się łatwo z niego w obecności krwi, albo jej niektórych części, bardzo być może w obecności CO_2. Drażnienie nerwu trzewnego stwarza te warunki, jakie w doświadczeniach z zaciskaniem tętnicy głównej występują bardzo wybitnie. Nerw trzewny zawiera nerwy rozszerzające naczynia nadnerczy. Drażnienie tego nerwu podnosi ogólne ciśnienie krwi bardzo znacznie, wobec czego przez rozszerzone naczynia nadnercza przecho-

dzi silny strumień krwi, mechanicznie unoszący zawartość gruczołu.

W doświadczeniach z drażnieniem nerwów trzewnych należy mieć na względzie także łatwą możność naciskania, mechanicznego działania na samo nadnercze. Że drażnienie nerwu trzewnego rzeczywiście wiedzie do zjawienia się adrenaliny we krwi, o tem można przekonać się z łatwością zapomocą wykazania cukru w moczu, jak to pierwszy w tych doświadczeniach wykazał na psach Grek. Jednak ta adrenalina nie jest wyrazem swoistego wydzielniczego wpływu nerwu trzewnego na nadnercze.

Jedynie pewnym, bezsprzecznym dowodem, że adrenalina stanowi prawidłową wydzielinę nadnerczy, byłoby wykazanie obecności adrenaliny w krążeniu ogólnem zwierzęcia prawidłowego. A tymczasem należy uważać za fakt zupełnie pewny, że w warunkach prawidłowych adrenaliny we krwi niema. Dowodów na to dostarcza nam metoda charakterystycznego podwyższenia ciśnienia krwi lub zwężenia naczyń krwionośnych pod wpływem adrenaliny. Otóż okazuje się, że przelewanie krwi jednego zwierzęcia tego samego lub innego gatunku, drugiemu, ciśnienia krwi nie podnosi, nawet kiedy małemu zwierzęciu przelewa się krew dużego. Również nie podnosi ciśnienia surowica krwi. Ponieważ można było przypuszczać, że adrenalina znajduje się we krwi prawidłowej w tak małych ilościach, że obecność jej nie może być tą metodą wykazana, krew w ilości przeszło 20 litrów zagęszczono i po usunięciu wazodylatyny wprowadzono do krwi; działanie adrenalinowe nie wystąpiło. Oczywiście zapomocą odpowiednich badań stwierdzono, że przy manipulacyach chemicznych, wykonywanych z krwią, adrenalina nie rozpada się. Dalej badania Modrakowskiego i Hirschfelda, a także O'Connora przy pomocy metody Trendelenburga wykazały, że adrenaliny niema ani we krwi uczulonych, ani nie uczulonych królików. W zgodności z tymi wywodami znajdują się badania Bayera. Należy tu jednocześnie zaznaczyć, że autorów, bezwzględnie podtrzymujących pogląd o obecności adrenaliny w ogólnem krążeniu, niema. W prawidłowych warunkach z nadnerczy nie przedostaje się adrenalina do krwi. Pogląd Starlinga, że CO_2 jest hormonem, jest zupełnie niesłuszny, gdyż CO_2 jest produktem wymiany materyi, nie zaś wydzieliną.

Drugim gruczołem, który w wyciągach, w świeżym stanie, w proszku, albo w postaci rozmaitych połączeń ma zawierać czynne ciało, mające stanowić właściwą, swoistą jego wydzielinę, jest gruczoł tarczowy.

Wniosek ten opiera się na dobroczynnym wpływie wspomnianych przetworów w przypadkach braku, albo zwyrodnienia gruczołu tarczowego. Nie można jednak nie zaznaczyć, że w wielu przypadkach, zwłaszcza matołectwa, zmian w gruczole tarczowym nie spostrzegano. Wobec tego stan ten chorobowy zależał od innej przyczyny, nie związanej ze zmianami gruczołu tarczowego. Z drugiej strony znane są dobrze przypadki, w których pomimo kilkoletniego stosowania przetworów tarczycy żadnej poprawy nie zauważono.

Masowe leczenie chorych najmniej nadaje się do wniosków o swoistem znaczeniu przetworów tarczycy. Przedewszystkiem trudno w podobnych przypadkach o ścisłe rozpoznanie. Podawany odsetek wyleczenia, około 42%, mógł zależeć od nieodpowiedniego dobierania przypadków do leczenia.

Polepszenie spostrzegano i od takich przetworów tarczycy, których z całą pewnością nie można uważać za swoistą wydzielinę gruczołu. I tak spostrzegano dobroczynny wpływ jodotyryny, która bezwarunkowo nie stanowi wydzieliny tarczycy. Przetwory te zwracają na siebie uwagę ze względu na zawartość jodu, który właśnie mógł odegrać rolę czynnika leczniczego w odpowiednich przypadkach. Jod nie w każdej postaci okazuje się jednakowo skutecznym. Wiadomą dobrze jest obecnie rzeczą, że lecznicze własności każdego środka zależą od odpowiedniego zgęszczenia we krwi. To odpowiednie zgęszczenie nie zawsze nam jest znane. Przy stosowaniu białkowych przetworów jodu, n. p. w postaci jodotyryny, wprowadzamy jod pomału, niewielkiemi ilościami, które zwłaszcza przy długiem stosowaniu, niejednokrotnie całemi latami mogą się okazać najskuteczniejszemi. Jod nie stanowi wydzieliny żadnego gruczołu; w prawidłowych warunkach nie znajduje się we krwi. Jod wchodzi w skład budowy tarczycy i może być zużytkowany przez chory ustrój przy podawaniu rozmaitych przetworów tarczycy, zawierających jod.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

O przysadce mózgowej
ze stanowiska położnictwa i ginekologii

(Sprawozdanie poglądowe).

napisała

Dr Ada Markowa

(Dokończenie).

Związek pomiędzy przysadką a innymi gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem przedstawia się, jak następuje: Wyłuszczenie przysadki wywołuje długotrwałe utrzymywanie się grasicy (Aschner), zwyrodnienie koloidowe gruczołu tarczowego i jego przerost (Rogowitsch, Stieda, Eiselsberg, Hofmeister, Alquier, Crowe, Cushing, Hochenegg, Caselli). Dalej występowało zgrubienie istoty korowej nadnercza, u samców zanik spermatogenezy i osłabienie popędu płciowego, u samiczek bezpłodność, względnie przerwanie istniejącej ciąży. U młodych ruja występowała szczątkowo, bez krwawego wypływu z pochwy, w jajnikach znajdowano co najwyżej jedno ciałko żółte.

Ze wszystkich wymienionych spostrzeżeń, najwybitniejszą, jakkolwiek co do istoty swej niewyjaśnioną, jest korrelacya między narządami rodnymi, a przysadką, która dała też powód do przypuszczeń, że objawy akromegalii są skutkiem zmian w gruczołach płciowych. Zaburzenia w czynności wewnętrzno-wydzielniczej gruczołu płciowego uważa Stumme za powód do powstawania guzów przysadki przy wrodzonem do tego usposobieniu.

Najsilniejszym wyrazem owej korrelacyi przysadki i narządów płciowych są wyżej opisane zmiany w przysadce, powstające pod wpływem ciąży. Zmiany owe, odpowiadające okresowi funkcyonalnego wypoczynku jajników, dostrzegali u zwierząt Morandi i Guerrini. Guerrini sądzi, że zadaniem wydzielania, wzmożonego w tym okresie w przysadce, jest zobojętnienie toksyn. Najwybitniejszym

przykładem przerostu przysadki w czasie ciąży, jest przypadek Reussa u wieloródki, która odbyła 16 porodów; powiększona przysadka sprawiła ucisk na skrzyżowanie nerwów wzrokowych i odpowiednie zaburzenia wzroku w czasie ciąży.

Ponieważ ciąża wywołuje zmiany funkcyonalne jajników, a zaraz potem zmiany w przysadce, nasunęła się myśl, że te zmiany przysadki są skutkiem zwolnionej czynności jajników. Mayer wyraża przypuszczenie, że przysadka zastępczo obejmuje czynności jajników. Czy wydzielina jej ma swoiste znaczenie dla przebiegu ciąży i czy komórki »ciążowe« należy uważać za mające swoiste znaczenie dla płci żeńskiej, nie wiadomo.

Związku między gruczołami płciowymi a przysadką dowodzi wytrzebienie i jego skutki. U zwierząt znajdował Fichera przyrost wagi przysadki po wytrzebieniu, wynoszący 100%. Nader ciekawe badania przeprowadzili w tym względnie Tandler i Gros u skopców. Stwierdzili oni tu zapomocą promieni Röntgena wybitne rozszerzenie siodła tureckiego; skopcy odznaczali się wysokim wzrostem, brakiem owłosienia, otyłością. Przysadka oddziaływa na sprawy chorobowe w gruczołach płciowych (Stumme: mięsak jądra — powiększenie przysadki).

Przy wzroście olbrzymim znajdowano (Launois i Roy) równocześnie powiększoną przysadkę i wybitne zanikowe zmiany w gruczołach płciowych. Obrazem klinicznym, który silnie podkreśla korrelacyę między czynnością przysadki, a czynnością gruczołów płciowych, jest akromegalia, której poznanie zawdzięczamy genialnym spostrzeżeniom P. Marie. Guzowi przysadki towarzyszą zaburzenia w czynności narządów rodnych, jak brak miesiączki (Thumin) i niezdolność płciowa (impotentia). Sprawa ta występuje w okresie dojrzałości płciowej (Patellani). Już pierwsze objawy są wyrazem zaburzeń w gruczołach płciowych. Karmienie wpływa na postęp akromegalii; występuje ona jednak częściej u kobiet, które nie rodziły. Trenud uważa za przyczynę akromegalii zanik czynności jajników. Stumme podziela ten pogląd. Exner, Benda, Tamburini uważają za pierwotną przyczynę akromegalii wzmożone wydzielanie przysadki i stwierdzają ścisły związek z czynnością gruczołów płciowych. Usunięcie guza przysadki i, co za tem idzie, wzmożonego wydzielania, przywraca jajnikom wzgl. jądrom ich sprawność.

Przypomnieć tu należy znany fakt, że długotrwałemu karmieniu, które opóźnia zmiany wsteczne w przerosłej przysadce, towarzyszą wybitne zmiany zanikowe w narządach rodnych (zanik macicy, brak miesiączkowania, względna bezpłodność).

W przypadku »degeneratio adiposo-genitalis« (Eiselsberg, Frankl-Hochwart), uleczonym operacyjnie, w 13 miesięcy po zabiegu pojawiło się owłosienie na wzgórku łonowym i wystąpiły wzwody.

W patologii ludzkiej schorzenia przysadki znajdujemy w przebiegu akromegalii, »dysplasia adiposo-genitalis«, infantylizmu, otyłości, karłowatości, wzrostu olbrzymiego.

W ł a s n o ś c i w y c i ą g u (p i t u i t r y n y). Fizyologiczne działanie wyciągu z przysadki zostało odkryte przez Olivera i Schäfera. Przysadka zawiera fosfor, wapno, jod, brom, arsen i cholinę, wyciąg — ciała rozpuszczalne (Bayer) w wodzie i alkoholu, nierozpuszczalne w eterze, odporne na działanie wysokiej ciepłoty (ciepłota wrzenia wody). Wyciąg wprowadzony podskórnie wywołuje podniesienie się ciśnienia tętniczego miernego stopnia, które utrzymuje się jednak przez czas dłuższy. Akcya serca staje się silniejszą i wolniejszą. Działanie to odnosi Biedl nietylko do pośrednictwa n. błędnego, lecz wprost do mięśnia sercowego. Toksyczność wyciągu jest niezmiernie małą.

Borell stwierdził, że działanie to odnosi się do wyciągu z płatu tylnego, co potwierdzili i inni badacze i co stanowi uderzający kontrast z wynikiem wyłuszczania każdego z płatów i z ich budową. Wyciąg ten (wyrobu Parke-Davis) nosi nazwę p i t u i t r y n y (pituitrinum infundibulare), a jeden jego centymetr sześcienny odpowiada jednemu gramowi świeżej substancyi. Inne przetwory noszą nazwę: pituglandol, vaporole, glanduitryna.

Wyciąg z płatu przedniego wstrzymuje krzepnięcie krwi (Verl. Boyé).

Aschner stwierdza, że działanie pituitryny równa się naogół działaniu na nn. błędne, współczulne i układ naczyniowy. Frankl-Hochwart i Fröhlich badali działanie pituitryny na narządy miednicy małej. Okazało się, iż pobudza ona w miernym stopniu mięśnie pęcherza, podnosi pobudliwość nn. miednicznych (n. pelvicus) na prąd faradyczny, a nie zmienia pobudliwości n. podbrzusznego. W macicy ciężarnej, połogowej i miesiączkującej wywołuje pituitryna silne skurcze rytmiczne (Dale, Blair-Bell). Dalej sprowadza pituitryna ruch robaczkowy jelit.

Badając działanie wyciągu na wyosobnione naczynia, stwierdzili Bonis, Susanna i Pal, że pituitryna wywołuje zwężenie światła naczyń żylnych i tętniczych z wyjątkiem obwodowej części tętnicy nerkowej, którą rozszerza. Tem też tłomaczą ci autorowie wybitne wzmożenie się wydzielania moczu pod wpływem pituitryny. Pod tym względem przewyższa pituitryna działanie najsilniejszego środka moczopędnego, jakim jest cytrynian kofeiny. To też Vincent uważa za główny cel czynności wydzielniczej przysadki, jej wpływ na czynności nerek. Jest to skojarzone działanie na układ naczyniowy wogóle, a nerek w szczególności (Magnus, Schäfer, Herring).

Stosowana na wyłuszczone oko żaby, wywołuje pituitryna rozszerzenie źrenicy. Przypomina to działanie adrenaliny, odnosi się jednak wprost do mięśnia. Falta badał wpływ pituitryny na przemianę materyi i stwierdził prócz wzmożonego wydzielania moczu zwiększone wydzielanie fosforu i pojawienie się w moczu substancyi redukującej, z cukrem nie identycznej. Częste i małe dawki wywołują podług Biedla znaczną utratę wagi, a Crove i Cushing znaleźli, że codzienne wprowadzanie wyciągu wywołuje wyniszczenie, ogniska martwicze w wątrobie, zmiany śledziony.

Tak więc badania nad działaniem wyciągu z płatu tylnego dały cały szereg faktów. Ich właściwa istota nie jest jeszcze wyświetlona i znaczenie czynnościowe przysadki nie może być ustalone, gdyż brak jest bezpośrednich dowodów, że istoty, w wyciągach zawarte, powstają za życia i przechodzą do krążenia, jakkolwiek Cushing i Crowe stwierdzili, że płyn mózgowordzeniowy zawiera ciało, wywołujące podniesienie się ciśnienia i rozszerzenie źrenicy w wyłuszczonem oku żaby. Działanie wyciągu jest swoiste i łatwo daje się scharakteryzować; swoiste cechy odnoszą się tylko do wyciągu z t. zw. neurohypophysis. Że zaś ani jej usunięcie, ani objawy kliniczne przy schorzeniach przysadki nie wskazują na to, aby brak lub zmienione działanie tej części dawały objawy, pozostające w związku z brakiem lub zmianą owych swoiście działających substancyi, można więc tylko z wielkiemi zastrzeżeniami uważać ciała, zawarte w części lejkowej przysadki, za fizyologicznie działające hormony. Natomiast część gruczołowa jest w ścisłej chemicznej korrelacyi z układem narządów o wydzielaniu wewnętrznem (Biedl).

O s t o s o w a n i u p i t u i t r y n y. Powyżej wymienione badania i ich wyniki dały pochop do leczniczego stosowania wyciągu z przysadki. Pierwszy Hofbauer zaczął stosować pituitrynę, jako środek wywołujący i wzmacniający bóle porodowe. Dawki wynosiły 0,6 — 1 cm³. Skutek był uderzający, bóle wywołane miały przebieg prawidłowy — bez śladu tężcowego lub kurczowego charakteru — w okresie wydalania płodu występowały szybko po sobie. Drugie wstrzyknięcie nawet po kilku godzinach działało równie energicznie.

Równocześnie w doświadczeniach na macicach popoporodowych królików spostrzegał Hofbauer w parę minut po wstrzyknięciu pituitryny rytmiczne skurcze mięśnia macicznego, które można było zapisać na kymografionie.

Czasami po wstrzyknięciu występowało również parci

e

na mocz i dlatego Hofbauer zastosował pituitrynę przy bezmoczu u położnic z dobrym wynikiem.

Za Hofbauerem poszedł cały szereg badaczy. Zbierając osiągnięte przez nich wyniki, dotyczące obecnie z górą 1000 przypadków, stwierdzamy, że pituitryna i analogiczne do niej przetwory są wielką zdobyczą dla położnictwa zachowawczego, gdyż stanowią w znacznej większości doskonały i pewny środek, wzmacniający bóle porodowe i wywołujący je na nowo tam, gdzie bóle już były, ale ustały. Jednak nie zawsze mięsień maciczny jest jednakowo podatny dla stosowania pituitryny. Istnieć musi pewien fizyologiczny stopień pobudliwości, który dochodzi szczytu w czasie porodu. Dlatego stosowanie pituitryny przy poronieniach, bądź sztucznych, bądź samoistnych, daje wyniki ujemne. Im bliżej właściwego końca ciąży, tem macica jest pobudliwszą i tem lepiej oddziaływa. W przebiegu porodu również nie wszystkie okresy są równorzędne. Jako prawidło, według którego można z powodzeniem podczas porodu zacząć stosować pituitrynę, ustalili autorowie tę chwilę, gdy ujście zewnętrzne u pierwiastki otwarte jest do rozmiarów małej dłoni, a ujście wewnętrzne u wieloródki przepuszcza dwa palce. Najlepszym czasem dla działania jest okres II. a mianowicie jego koniec.

Dalej podnoszą autorowie zgodnie dodatni wpływ pituitryny na okres III, a mianowicie szybkie odklejanie się łożyska i brak krwotoków poporodowych, wskutek zapobiegania zwiotczeniu mięśnia macicznego. Na tej zasadzie żąda Blair Bell, by pituitryna znajdowała się w rękach każdego położnika przy każdym porodzie,

Hofbauer stwierdził, że ani gorączka, ani narkoza nie upośledzają działania tego środka, który również nie sprawia żadnych ubocznych skutków szkodliwych. Wskazaniem do stosowania są: słabe bóle porodowe pierwotne lub wtórne, ciasna miednica, rzucawka, przodowanie łożyska, ułożenie miednicowe, twarzowe, to znaczy wszystko, co nagli do szybkiego ukończenia porodu. W wielu z tych przypadków pituitryna bądź czyni zbędnym zabieg, w szczególności kleszcze nizkie, bądź stwarza dla takiego zabiegu korzystne warunki.

Liczni autorowie polecają zapobiegawcze stosowanie pituitryny przed cięciem cesarskiem, szczególniej zaotrzewnem dla skrócenia III okresu i uniknięcia krwotoku.

Dawkę ustalono na 0,6—1 cm³ podskórnie, można ją powtórzyć już po 10 minutach. Zbiorowego (kumulatywnego) działania niema. Strzykawka powinna być dokładnie oczyszczona i wolna od alkoholu, który rozkłada pituitrynę. Zaznaczyć tu należy, że zamiast pituitryny poleca Führer histamin na tej zasadzie, że działa on podobnie na krążenie i oddychanie. Histamin miałby zaś, zdaniem Führera, tę wyższość nad pituitryną, że jest przetworem chemicznym, dającym się łatwo wytworzyć i dawkować. Dalsze losy tego środka nie są dotąd znane.

Obok chóru zwolenników pituitryny nie brak jednak głosów sceptycznych. Pomijając przypadki, gdzie pituitryna zawiodła, podnosi Heilbronn, że krótkie przerwy i silne bóle wywołują wzmożenie parcia śródmacicznego, co jest połączone z niebezpieczeństwem dla płodu po odejściu wód. Inni twierdzą, że właśnie w okresie III pituitryna wywołuje zwiotczenie mięśnia macicznego i krwotoki poporodowe. Cechą dodatnią pituitryny byłaby możność stosowania jej w każdym okresie porodu, a jednak nie brak głosów, ostrzegających przed powstawaniem kurczowego zwężenia ujścia wewnętrznego. Stroną ujemną pituitryny byłoby dalej, że w 25% przypadków wyzwala pituitryna silne bóle poporodowe.

Stosowanie jej musi być ograniczone do osób zdrowych. W przypadkach chorobowych można przez wstrzykiwanie pituitryny i liczenie na jej działanie stracić zbyt wiele cennego czasu. Pfeifer sądzi, że pituitryna zawodzi tam, gdzie nerki są niesprawne.

Ze względu na własność pituitryny pobudzania mięśnia macicznego do skurczu, poczęto stosować ją przy zwalczaniu krwotoków poporodowych. Wstrzyknięcie pituitryny nie daje nacieku, jaki się czasami widzi po ergotynie, działa silniej, a przez podnoszenie ciśnienia zwalcza ewentualny zapad, działając wzmacniająco równocześnie na macicę, serce i naczynia. Są jednak i tacy, którzy w dalszym ciągu przekładają w tych przypadkach sporysz i jego przetwory nad pituitrynę, i inni, którzy, jak Neu, przekładają adrenalinę, utrzymując, że działanie pituitryny jest naogół działaniem słabego rozczynu suprareniny. Należy tu wspomnieć o przypadku, gdzie pituitryna, podana równocześnie ze sporyszem przy niedowładzie macicy, wywołała ciężkie długotrwałe omdlenie.

Leczenie pituitryną krwotoków macicznych połogowych nie dało dobrego wyniku.

Do ginekologii wprowadził pituitrynę Bab, który uważa przetwór ten za lepszy, niż styptycyna, gorzknik (hydrastis) i sporysz. Stosuje on ją przy krwawieniach wskutek włókniaków, zapaleniu błony śluzowej macicy (endometritis, metritis), zapaleniach przydatków, w ilości 2—3 cm³ raz lub przez parę dni podskórnie. Działanie pituitryny na włókniaki otwiera jej pole dla skutecznego współzawodnictwa z promieniami Röntgena.

Z innych dziedzin lecznictwa nadmienić musimy, że Klotz poleca pituitrynę wraz z sączkowaniem jamy brzusznej dla leczenia zapalenia otrzewnej, ze względu na działanie pituitryny na serce i naczynia, na ruch robaczkowy jelit, na wzmaganie wydzielania moczu. Jaschke stosuje ją wogóle po operacyach ze względu na wzmacniające działanie na pęcherz. Pal wspomina o dodatnim wpływie pituitryny na przebieg tężyczki i choroby Basedowa. Cyon leczył z pewnem powodzeniem akromegalię gruczołem »in substantia«; natomiast Delille miał przy tej właśnie sprawie złe wyniki.

Badania nad przysadką i wyciągami z niej nie są ukończone. Sprawa gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem jest jednym z najbardziej zajmujących i pociągających rozdziałów fizyologii, »une des plus fascinantes«, jak ją nazwał Delille. Wszystkie gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem stanowią jego zdaniem zamknięty w sobie układ, a żaden z nich z osobna nie może być uważany za samodzielną, czynnościowo niezależną jednostkę, lecz za ogniwo łańcucha. — Rzucenie właściwego światła na tę całość, jak i na części poszczególne, wymagać będzie olbrzymiej jeszcze pracy, mającej za zadanie poznanie cudownej budowy żywego ustroju. Poszczególne części tego ustroju pracują, jak kółka w systemie maszynowym, nie znając pobudki, ani celu swej pracy. Ich harmonia daje zdrowie, zaburzenia w niej — wielorakie obrazy patologiczne.

Piśmiennictwo. 1) Allers. Zur Kenntnis der wirksamen Substanz in der Hypophysis. Münch. med. Woch. 1909. Nr 29.— 2) Aschner. Über d. Function d. Hypophyse. Pflügers Archiv 1912. — 3) Tenże. Monats. f. Geburtsh. u. Gyn. 1910. — 4) Ascoli. Die Folgen d. Hypophysistransplant. Münch. med. Woch. 1910. Nr 10. — 5) Bondy. Berl. klin. Woch. 1911. Nr 32. — 6) Benda. Archiv f. Anatomie u. Physiologie 1900, Verhandl. der 18. Berliner physiol. Gesellschaft 1900. — 7) Borchardt. Zeitsch. f. klin. Med. Bd. 66. — 8) Bayer. Wiener kl. Woch. 23. — 9) Biedl. Innere Secretion 1910. — 10) Blair Bell. New York med. Journ. 1907, British med. J. 1909. — 11) Bagger Jörgensen. Cblt f. Gynäk. 1911. Nr 37. — 12) Bonis i Susanna. Cblt f. Physiol. 1909. Nr 6. — 13) Ciżsami. Arch. intern. de physiol. VII. De l'action des extraits d'hypophyse sur la pression arterielle. — 14) Bab. Münch. med. Woch. Nr 29. — 15) Borerman. Münch. med. Woch. 1912. Nr 28. — 16) Cyon. Die Gefässdrüsen. — 17) Tenże. Die physiol. Verrichtungen der Hypophyse. Pflüg. Arch. 1900. 1901, 1904 (Bd. 71, 72, 73, 81, 87, 101). — 18) Cristofeletti. Gyn. Rundschau 1911. — 19) Clairmont-Ehrlich. Über Hypophysistransplantation. Arch. f. klin. Chirurgie 1909. — 20) Comte. Zieglers Beiträge. Bd. 23. — 21) Cushing (l. c.). — 22) Cagnetto. Virchows Archiv. — 23) Delille. L'hypophyse et la médication hypophysaire. — 24) Exner. Deutsche Zeitsch. für Chir. 1910. — 25) Eiselsberg i Frankl-Hochwart. Münch. med. Woch. 1908. Nr 31. — 26) Exner. Mitteil. aus d. Grenzgebieten der Med. u. Chir. 1909. — 27) Erdheim u. Stumme. Ziegl. Bei-

träge 46. — 28) Friedman u. Mass. Ueber Exstirpation d. Hypophyse. Berl. kl. Woch. 1900. — 29) Frankini. Berl. kl. Woch. 1910. — 30) Frankl-Hochwart u. Fröhlich. Wiener kl. Woch. 1909. — 31) Falta. Berl. kl. Woch. Nr 30. — 32) Fühner. Münch. med. Woch. 1912. Nr 16. — 33) Foges u. Hofstätter. Zntrbl. f. Gyn. 1910. Nr 46. — 34) Fischer. Zntbl. f. Gyn. 1912 Nr 1.— 35) Fires. Münch. med. Woch. 1911. Nr 46. — 36) Fichera. Zntrbl. f. allg Pathol. 1906 (17). — 37) Frankl. Archiv. f. exp. Path. u. Pharm. 1910. Bd. 63. — 38) Grünbaum. Münch. med. Woch. 1912. — 39) Guerrini. Zntrbl. f. allg. Path. 1905. — 40) Gottfried. Zentbl. f. Gynäk. 1911. Nr 4. — 41) Gusiew. Ruskij Wracz. 1911. Nr 52. — 42) Howell. Journal of exper. Med. 1898. — 43) Halban. Archiv f. Gynäk 1903. — 44) Hofbauer. Münch. med. Woch. 1912. Nr 22. — 45) Tenże. Zntrbl. f. Gyn. 1911. Nr 4. — 46) Hamm. Münch. med. Woch. 1912. Nr 2. — 47) Herff i Hell. Münch. med. Woch. 1912. Nr 3. — 48) Hirsch. Münch. med. Woch. 1912. Nr 18. — 49) Hahl. Pract. Ergebnisse d. Geburtshilfe und Gynaek. 1912. — 50) Heilbronn. Münch. med. Woch. 1912. Nr 42. — 51) Hell. Münch. med. Woch. 1911. Nr 51. — 52) Jaschke. Münch. med. Woch. Nr 30. — 53) Jaeger. Münch. med. Woch. 1912. Nr 6. — 54) Klotz. Münch. m. Woch. 1911. — 55) Kohn. Wien. kl. Woch. 1910. Nr 33 (referat). — 56) Kroemer. Zntbl. f. Gyn. Nr 39. — 57) Klotz. Monatschr. f. Geburtsh. d. Gyn. 1912. — 58) Kohn. Münch. med. Woch. 1910. Nr 28. — 59) Kon Itaka. Zieglers Beiträge. Bd. 44. — 60) Loevy. Ergebnisse der Physiologie 1913. Bd. 2. — 61) Launois et Mulon. Arch. de gyn. et d'obstetr. 1904. — 62) Melchior Eduard. Ergebnisse der Chirurgie. 1911. III. — 63) Mayer. Archiv f. Gynaek. 1910. Bd. 90. — 64) Münzer. Hypophysis. Berl. kl. Woch. 1910. — 65) Neu. Naturforscherversamml. in Königsberg. Zentrbl. f. Gyn. 1910. Nr 44. — 66) Naggy. Zntrbl. f. Gyn. 1912. Nr 30. — 67) Tenże. Münch. med. Woch. Nr 11. Zur Pharmakologie u. klinischer Dignität der Uterusmittel. — 68) Park. Wiener kl. Woch. Nr 44. — 69) Pfeifer. Zntrbl. f. Gynäk. 1911. Nr 22. — 70) Patellani. Zntbl. f. Gyn. (ref.). Beziehungen zwischen der Akromegalie und Functionen der weiblichen Geschlechtsdrüsen. (Ann. di ost. e gin. 1907). — 71) Pal. Zntrbl. f. Physiol. 1909. Nr 23. — 72) Rieck. Münch. med. Woch. 1912. Nr 15. — 73) Ross. Zntrbl. f. Gyn. 1911. Nr 34. — 74) Rössle. Münch. med. Woch. 1908. Nr 8. — 75) Stern. Znblt. f. Gyn. 1911. Nr 31. — 76) Schmid. Gyn. Rundschau. 1911. Nr 15. — 77) Schäfer. Münch. med. Woch. 1912. Nr 2.— 78) Vassale u. Sacchi. ref. Zntrbl. f. Chir. 1894. — 79) Vincent. Ergebn. d. Physiologie 1910. Innere Secretion etc. — 80) Vogt. Münch. med. Woch. 1911. Nr 51. — 81) Voll. Münch. med. Woch. 1912. Nr 17. — 82) Westermark. Scand. Arch. f. Physiologie 1892. — 83) Voigt. Deut. med. Woch. 1912. — 84) Gliński: O przysadce mózgowej. Księga pamiątk. XI. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich. — 85) Nowicki: Badania doświadczalne nad wpływem wstrzykiwań i t. d. Ibid.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Unna i Golodetz. **Znaczenie tlenu dla barwienia.** (Dermat. Studien, T. 22). W broszurze swojej próbują autorowie wprowadzić nową zasadę do teoryi wzajemnego działania między barwikiem a substancyą. Jako punkt wyjścia służy objaśnienie swoistego barwienia jądra zielenią metylową skutkiem silnej wrażliwości tego barwika na redukcyę; barwik ten barwi zatem nie redukującą plazmę, lecz tylko jądra zawierające wolny tlen. Stąd wynikła potrzeba badania systematycznego wszystkich odczynników histologicznych co do ich własności odtleniających lub utleniających, z czego otrzymano niektóre nieoczekiwane wyniki. Zaprawy takie n. p., jak kwas karbolowy i anilina, posiadają wspólną własność utleniania i redukcyi. Dotychczasowa teorya chemiczna barwienia opiera się na przeciwieństwie kwaśności do zasadowości. To jednak nie wystarcza dla wytłómaczenia wszystkich szczegółów doświadczalnie odkrytych, a wymaga koniecznie uzupełnienia przez przeciwieństwo odtleniania do utleniania, przez powinowactwo biegunowe do tlenu między tkankami, zaprawami i barwikami. W każdym poszczególnym przypadku należy zbadać, czy tkanki lub zaprawy odtleniają czy utleniają, czy barwiki są wrażliwe na utlenianie, czy na redukcyę.

Z tego punktu widzenia wychodząc, przekonano się, że wszystkie używane utrwalacze i zaprawy, szczególnie utleniające kwasy (kw. osmowy, chromowy i t. p.) działają ubocznie, gdyż obniżają szkodliwą dla barwienia siłę redukcyjną. To przeciwieństwo, jakie widzimy między redukującą plazmą a utleniającem jądrem, panuje także w technicznem farbiarstwie między utleniającym jedwabiem a redukującą wełną. Cel zaprawy jest jednak w histologii całkiem inny, niż w barwieniu tkanin; w tem drugiem zależy na jednostajnem barwieniu, w histologii zaś na otrzymaniu możliwych przeciwieństw w zabarwieniu różnych tkanek. Autorowie objaśniają na przykładach barwikowych złożonych rozczynów, jak wielkie znaczenie i wpływ na barwienie ma ta biegunowość tlenowa (Oxypolarität).

Krzyształowicz.

Musso: **Wpływ usunięcia torebki na pracę osmotyczną nerki** (Riforma medica Nr 25. 1912). W przebiegu zapalenia nerek proponowano i wykonywano usunięcie torebki nerkowej w celu zniesienia ucisku na obrzękły miąższ nerkowy; inni dodatni rzekomo wynik tego zabiegu przypisywali wytwarzaniu się nowej, silnie unaczynionej torebki, przez co powstawały liczne drogi odpływowe z dotkniętej zapaleniem nerki. Ostatnie jednak doświadczenia Rondoniego i de Benisa wykazały ujemny wpływ tego sposobu leczenia na czynność nerek. M. postawił sobie za zadanie prowadzić dalej doświadczenia de Benisa, t. j. badać pracę osmotyczną nerek przed i po usunięciu torebki. Doświadczenia przeprowadził częścią na psach zdrowych, częścią zaś na psach, u których przez kilkakrotne śródmięśniowe wstrzykiwania rozczynu sublimatu wywoływał zmiany zapalne w nerkach. Z obu grup doświadczeń wynikło, że zaraz po usunięciu torebek zmniejszała się znacznie ilość moczu, zwiększała zaś jego wartość kryoskopowa, nadto u psów ze zdrowemi nerkami występował białkomocz i krwiomocz, praca zaś osmotyczna nerek bardzo wybitnie wzrastała. Widać z tego, że usunięcie torebki nie sprawia żadnego polepszenia, przeciwnie, pogarsza warunki, zwiększając pracę osmotyczną.

Dr T. T.

Pignatti: **Tętniak urazowy, wywołany doświadczalnie** (Riforma medica Nr 23, 1912). Liczne dotychczasowe doświadczenia wykazały, że rozmaitego rodzaju urazy, działające na zdrowe ściany tętnicze, wywołują albo zarośnięcie światła w danem miejscu, lub też powstanie tylko blizny w ścianie, co najwyżej zaś wytworzenie się wrzekomego tętniaka, nigdy zaś dotąd nie wywołano w ten sposób prawdziwego tętniaka, tak że etyologia tętniaków urazowych, których występowanie nie ulega wątpliwości, jest jeszcze dzisiaj bardzo ciemna. Z tego też względu przytacza P. przypadek prawdziwego tętniaka urazowego, który udało mu się wywołać przez podłużne nacięcie tętnicy udowej u psa przez wszystkie warstwy, prócz wewnętrznej. Na szósty dzień pojawiło się w tem miejscu malutkie woreczkowate wypuklenie. Badanie mikroskopowe wykazało przedewszystkiem bardzo wybitny zanik elementów sprężystych.

Dr T. T.

Medycyna wewnętrzna.

Ferelli: **O leczeniu gruźlicy płuc zapomocą sztucznej odmy opłucnej** (Riforma medica Nr 24, 1912). Metodę tę stworzył Forlanini. Uwzględniał on przedewszystkiem gruźlicze sprawy rozpadowe w płucach, a więc jamy. Przypuszczał, że wprowadzając do jamy opłucnej jakiś obojętny gaz, n. p. azot, wywoła przez to unieruchomienie płuca, a więc zapewni mu spoczynek, przez ugniecenie zaś jego miąższu sprawi wydalenie wszystkich produktów rozpadowych i zapalnych i, co najważniejsze, że zmniejszy, względnie zupełnie usunie jamy gruźlicze przez zbliżenie i następne zrośnięcie się ich ścian. Wprowadzanie azotu do jamy opłucnej wykonuje się najlepiej zapomocą przyrządu Forlaniniego, ulepszonego w ostatnich czasach przez dodanie szklanej rurki miareczkowanej, przepuszczającej

azot, zwłaszcza zaś przez dodanie manometru wodnego lub alkoholowego, wyłącza co najcięższe, lecz na szczęście rzadkie powikłanie tego zabiegu, t. j. wprowadzenie igły, a więc i azotu, do któregoś z naczyń płuca, lub silnie unaczynionej tkanki świeżych zrostów, — a więc wywołanie zatoru gazowego. Drugie powikłanie, t. zw. rzucawka opłucna (eclampsia pleurica) nie da się wprawdzie ani przewidzieć, ani uniknąć przy metodzie Forlaniniego, w każdym jednak razie jest przy tym sposobie bardzo rzadkie, a ponieważ zdarzało się i przy zwykłem próbnem nakłuciu opłucnej, więc możliwość tego powikłania nie stanowi przeciwwskazania. Co do wskazań dla tego sposobu leczenia, panuje różnica zdań; jedni radzą go stosować tylko w daleko posuniętych, jednostronnych zmianach, drudzy zaś jak najwcześniej, i to nawet przy obustronnych zmianach. Bezwzględnem przeciwwskazaniem są silne, rozległe zrosty opłucne. Jedni autorzy wprowadzają w większych odstępach czasu większe ilości azotu (1000 cm³), inni w krótszych mniejsze (200 do 300 cm³). Na podstawie własnych badań stwierdził F., że w żadnym przypadku nie można było mówić o całkowitem wyleczeniu, zawsze jednak następowało wybitne zmniejszenie się ilości prątków w plwocinie, raz nawet całkowite ich zniknięcie. Ważnym również faktem jest zmniejszenie się plwociny, co, razem z poprzednim, nadaje tej metodzie leczenia doniosłe znaczenie zapobiegawcze. Dodatni wpływ zauważył F. także w kierunku ustępowania, względnie zmniejszania się krwotoków płucnych. Wskazaniem dla stosowania sztucznej odmy opłucnej są według F. tylko jednostronne zmiany, gdyż wprawdzie z początku daje się zauważyć dodatni wpływ na zmiany w płucu drugiem, później jednak rozwijają się one dalej. Ujemną stroną metody jest stosunkowa rzadkość nadających się do niej przypadków, t. j. zmian ściśle jednostronnych i zupełnego braku zrostów, co jest nieodzownym warunkiem unieruchomienia płuca. Stosunkowo często pojawiała się przy leczeniu sztuczną odmą opłucną rozległa nawet odma podskórna, znikała jednak szybko bez następstw. Dr T. T.

Gött i Rosenthal: **O postępowaniu celem przedstawienia ruchów serca zapomocą promieni Röntgena** (Röntgenkymografia). (Münch. med. Woch. 1902 Nr 38). Autorowie podają bardzo prosty sposób graficznego przedstawiania ruchów serca zapomocą promieni Röntgena. W szparze ekranu nastawia się granicę danej części serca i płuca, przez co przy ruchach serca widać dokładnie przesuwanie się cienia. Przed szparą zaś umieszcza się kliszę i poleciwszy zatrzymać badanemu oddech, przesuwa się całą kliszę z jednej strony na drugą. Otrzymuje się przez to na kliszy krzywą, oddającą dokładnie ruch danej części serca. Krzywa ta ma tę wyższość nad innymi kardyogramami, że podaje czynność pojedynczych części, jak komór, przedsionków, aorty i t. p. Autorzy spodziewają się wiele po tym sposobie badania, zwłaszcza serc chorych. Prócz tego na krzywych spotyka się jeszcze pewne wzniesienia i zagłębienia, których znaczenia i pochodzenia na razie autorowie podać nie mogą, ale które prawdopodobnie dadzą się z czasem wyzyskać w celach dyagnostycznych. A.

Kausch: **Trzymanie termometru pod pachą** (Med. Klinik 1912 Nr 38). K. twierdzi, że dozorczynie i służba przeważnie źle zakładają termometry, a nawet w podręcznikach źle jest to opisane. Naprostszym i najpewniejszym sposobem zakładania termometru jest następujący: Najpierw należy dokładnie odsunąć fałd koszuli z pachy (lub zdjąć koszulę po tej stronie). Potem termometr wsadza się pod pachę i to w ten sposób, że leży on zwrócony do osi ciała pod kątem 45°, ale oprawą ku głowie chorego, a nie, jak to zwykle bywa, ku nogom. Następnie opuszcza się ramię, przyciska do tułowia, a przedramię układa się poprzecznie przez tułów. O ile chory jest przytomny, polecamy mu, by ręką wolną trzymał łokieć ramienia po tej stronie, gdzie leży termometr, ew. przytrzymujemy łokieć sami. Nie należy termometru potem wyciągać, lecz trzymając go polecić choremu odsunąć ramię i skontrolować, czy termometr leżał dobrze. A.

Stalewski: **O stosowaniu przetworów makowca, w szczególności narkofiny.** (Therapie der Gegenw. 1912. Z. 11). Działanie leków surowych nie zawsze da się zastąpić zapomocą jednego tylko ze składników leku; w większości przypadków udaje się jednak uzyskać działanie, równe działaniu leku surowego, przez użycie kombinacyi kilku najważniejszych składników leku. I tak naprzykład dowiódł Straub, że zastosowanie głównego składnika makowca, morfiny, w połączeniu z narkotyną daje wyniki takiesame, albo i lepsze, jak makowiec »per se«. Na zasadzie tych badań Strauba i jego uczniów oparty jest przetwór, zwany narkofiną. Stalewski zastosował ten przetwór naprzód w przypadku ciężkiej nerwicy naczyniowej, zachęcony do tego przez prof. de la Campa. Działanie narkofiny wystąpiło później, niż morfiny, ale było trwalsze i wolne od objawów ubocznych, wywoływanych w tym przypadku przez morfinę (duszność, sinica). Przytem okazała się narkofina w tym przypadku lepszym od morfiny środkiem nasennym. Po tej pierwszej pomyślnej próbie stosował St. narkofinę w postaci wstrzykiwań podskórnych (po 0,03 na dawkę u dorosłych) w mnogich przypadkach bólów przy kolce żółciowej, kurczu żołądka, w czasie porodu i t. d, z zupełnie dobrym skutkiem i używał też narkofiny jako środka zastępczego przy leczeniu morfinistów. Bh.

Borgbjärg i Fischer. **Działanie opaski przy opadnięciu żołądka — studyum kliniczno-rentgenologiczne.** (Arch. f. Verdauungskr. i t. d. XVIII. 4). Na podstawie szczegółowych badań potwierdzają autorzy zdanie Enriqueza, że zwykła opaska brzuszna nietylko nie podnosi wcale trzew, ale owszem nieraz działa szkodliwie, bo wprost spycha żołądek ku dołowi. Enriquez podał dlatego pelotę, która umieszczona jest pod opaską brzuszną i dopiero po założeniu opaski nadyma się pelotę powietrzem. Zwłaszcza nadaje się do tego celu opaska Vermehrena. A.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Wpływ zębów na rozwój czaszki badał Landsberger, wyciągając młodym psom zawiązki zębów po jednej stronie. Okazało się potem, że po stronie operowanej rozwój szczęki był niedostateczny, brakowało zupełnie zębodołów, natomiast uległy wybitnemu przerostowi dolna małżowina nosowa i kość podniebienna. (Arch. für Phys. 1911, str. 433). A.

Do tamowania uporczywych krwawień z nosa zaleca Ritschl t. zw. chwyt Nägeliego, polegający na tem, że obiema dłoniami chwytamy głowę chorego koło kątów szczęki pod uszami i za potylicę i wyciągamy zwolna, a silnie głowę ku górze i ku tyłowi. Po 1—2 minutach ustaje zwykle krwawienie. (Münch. med. Woch. 1912. Nr 43). A.

Przy krwotokach pęcherzowych, zwłaszcza z powodu nowotworów, zaleca Bangs wprowadzanie do pęcherza $^1/_4$—1% ciepłej kreoliny i pozostawienie jej, o ile to chory wytrzymać może, dłuższy czas w pęcherzu. (Med. Rec. 10. VIII). A.

Krwawiączkę leczyć mają dobrze podług Perussia podskórne wstrzykiwania peptonu: Rp. Pepton Witte 5,0, natr. chlor. 0,5, aq. dest. 100,0. Po zagotowaniu i przesączeniu wstrzykuje się 10—20 cm³ podskórnie co drugi dzień lub 5 cm³ codzień przez czas dłuższy. (Policl. V. 1912). A.

Przy fosfaturyi zaleca Umber leczenie atropiną. Z roztworu 0,01 : 10,0 podaje po jedzeniu 3 razy dnia po 10—20 kropli. Zakazuje przytem pokarmów, zawierających wapień,

jak mleka, ziemniaków, korzeni i jarzyn, dalej jaj, a poleca mięso, ser i chleb. (Ther. der Gegenwart III. 1912). A.

Krwawnice leczy skutecznie Tavel, wstrzykując w nie 5% karbol po poprzedniem podwiązaniu żyły wieńcowej odbytu. Wstrzykuje w pojedyncze żyły po 2 cm^3 (ogółem na posiedzeniu 10 cm^3); w razie potrzeby posiedzenia powtarza. (D. Zeitschr. f. Chir. 1912, t. 116). A.

Adrenalinę zaleca Ephraim podskórnie lub, co lepiej, wprost miejscowo w oskrzelach przy dychawicy oskrzelowej i przy przewlekłem zapaleniu oskrzeli. (Deut. med. Woch. 1912. Nr 31). A.

Przy białaczce zachwala bardzo Koranyi **benzol** wewnętrznie w ilości 3 – 4 gr. na dzień. Benzol działa nawet tam, gdzie rentgenoterapia zawodzi. (Berl. klin. Woch. 1912, Nr 29). A.

Hycyan jest to połączenie rtęciowe (sprzedawane w tabletkach oryginalnego kształtu), polecane zamiast sublimatu do odkażania rąk, skóry i narzędzi. (Med. Klin. 1912, Nr 38). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 4. XI. 1912.

Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. J. Dunin-Borkowskiego i M. Gieszczykiewicza: **O wiązaniu dwuchwytników przez czerwone ciałka krwi.**

Autorowie badają zależność wiązania dwuchwytnika od jego stężenia, od koncentracyi ciałek i od zmian ciepłoty. Z przytoczonych doświadczeń wynikają wnioski następujące: 1) Łączenie się dwuchwytników z ciałkami krwi nie jest procesem ściśle chemicznym. 2) Zjawiska tego nie możemy wytłomaczyć zapomocą teoryi absorbcyi, gdyż wiązanie dwuchwytnika jest procesem nieodwracalnym, spółczynniki absorbcyjne zaś zmieniają się zależnie od stężenia surowicy. 3) Przebieg łączenia się dwuchwytnika z ciałkami można wyrazić przez równania absorbcyi. 4) Absorbcya dwuchwytnika nie jest typowa, zwłaszcza w granicy większych stężeń, gdzie ilość związania zbliża się do stałej wartości. 5) Aglutynacya odgrywa wielką rolę w całokształcie działania dwuchwytników hemolitycznych; im silniej aglutynuje surowica ciałka, tem większe jej ilości zostają związane. 6) Wpływ ciepłoty na wiązanie dwuchwytnika jest zależny od jego stężenia; w małych stężeniach podniesienie ciepłoty zwiększa absorbcyę, w dużych ją obniża; zjawisko to łatwo tłomaczy się wpływem hemaglutynacyi na absorbcyę. 7) Mechanizm związania dwuchwytników tłomaczą autorowie za pomocą anomalnej adsorbcyi. Anomalną adsorbcyą nazywają wraz z Biltzem proces, w którym krzywa adsorbcyjna, przy pewnem stężeniu ciała adsorbowanego, biegnie równolegle do osi. 8) Autorowie rozwijają pojęcie anomalnej adsorbcyi matematycznie i dochodzą do wniosku, że zjawiska te winny okazywać wyraźne cechy chemizmu. Analiza rozszczepionego przez wodę połączenia dwuchwytnika z ciałkami zdaje się stwierdzać słuszność tych zapatrywań.

(Przedmiot 4 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 13. X. 1912.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 57.

1) Na członków Towarzystwa przyjęto jednomyślnie kolegów Edelmana i Nowaczyńskiego.

2) Kol. Rogalski przedstawił przypadek **guza mózgu,** usadowionego w »gyrus praecentralis«.

W dyskusyi Dr Rosenhauch, korzystając z przypadku przedstawionego przez Dr Rogalskiego i nawiązując do odczytu Dra Landaua, jeszcze raz podkreśla, jak ważnem jest badanie dna oka w przypadkach podejrzanych co do guza mózgu. Zaznacza, że nie powinno się polegać na tem, co chory mówi, często bowiem chory nie skarży się na żadne zaburzenia wzrokowe, badanie bystrości wzroku, pola widzenia, poczucia barw, wykazuje stosunki prawidłowe, a wziernik wykrywa dopiero zmianę zastoinową. Jako ilustracyę przedstawia R. mikroskopowy preparat tarczy zastoinowej. (wypukłości $1^1/_2$ mm), otrzymany z oka chorego z nowotworem mózgu, który w 48 godz. po operacyi umarł, a w którego badaniu przedmiotowem i podmiotowem z wyjątkiem tarczy zastoinowej żadnych nieprawidłowości w oku wykazać nie było można. Przypadek ten jest i z tego względu ciekawy, że dowodzi, w jak szerokich granicach nerw wzrokowy posiada zdolność przystosowania się do zmienionych warunków i wykonywania prawidłowej (o ile dotychczasowymi sposobami badania stwierdzić to można) czynności w przypadkach wybitnych zmian chorobowych.

3) Prof. Piltz przedstawił 29-letnią wieśniaczkę **z obwodowem gośćcowem porażeniem prawego n. twarzowego z kurczem twarzowym** w porażonej połowie twarzy, występującym przy drażnieniu skóry twarzy.

4) Prof. Piltz przedstawił 21-letniego chorego **z myotonią Thomsena** (przypadek ten będzie ogłoszony później).

5) Doc. Mazurkiewicz: **O asymetrycznych czynnościach półkul mózgowych.** (Rzecz zastrzeżona do druku).

6) Nastąpiła dyskusya nad wykładem prof. Piltza, wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu: **Rozpoznanie różniczkowe między stanami depresyi a stanami neurastenicznymi lub histerycznymi.**

Kol. Blassberg wyraża wątpliwość, czy można neurastenię w dobie dzisiejszej uważać za chorobę organiczną. Dotychczas bowiem żadnych zmian anatomicznych makroskopowych ani mikroskopowych w układzie nerwowym przy tem cierpieniu nie wykazano. Objawy fizyczne takie, jak wzmożenie odruchów, wygórowana pobudliwość naczyniowa, nadmierne pocenie się i tym podobne nie stanowią stałych stygmatów neurastenii, albowiem ani tesame objawy nie pojawiają się stale u wszystkich neurasteników, ani też nie pojawiają się one u jednego i tego samego chorego stale co do czasu i mogą być przejściowe. Istnieją w neurologii prądy, usiłujące wysunąć zaburzenia somatyczne na pierwszy plan. Naprzykład Biernacki twierdził, że w tych stanach zachodzi wadliwa przemiana materyi i że wytwory wadliwego utleniania drażnią albo bezpośrednio układ nerwowy, albo dostają się drogą naczyń do ośrodków nerwowych, i że w ten sposób powstaje somatyczne źródło objawów neurastenii. Do podobnych wyników doszedł też w ostatnich czasach francuski klinicysta Bernheim. Ale i te poglądy opierają się właściwie na zaburzeniach tylko czynnościowych i nie dowodzą »organicznej« choroby. Także i poza neurologią odróżniamy w medycynie stany zaburzeń wyłącznie czynnościowych, jak n. p. stan nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, który się różni brakiem podkładu anatomicznego od takiej choroby organicznej, jaką stanowi naprzykład rak żołądka. Oprócz tego zwraca Blassberg uwagę na zapatrywania Dunina, według którego objawy somatyczne nie mogą stanowić szczegółu rozpoznawczego dla depresyi neurastenicznej, gdyż objawów somatycznych może przy tem cierpieniu zupełnie brakować. Neurastenia jest bowiem według Dunina »sui generis« stanem psychicznym, jest psychozą, którą znamionuje chorobliwa samoobserwacya, skupienie uwagi na własną osobę, oraz szczegółowe rozstrząsania banalnych objawów somatycznych, nie mających żadnego znaczenia, a nawet zwracanie uwagi na odczuwania niechorobliwe

i czysto podmiotowe, powstałe bez żadnej fizyologicznej i patologicznej podstawy.

W dyskusyi przemawiali dalej koledzy Rosenhauch i Rydel.

Doc. Mazurkiewicz nie podziela zdania prof. Piltza, że różniczkowanie pomiędzy stanami depresyi w psychosis maniaco-depressiva, a takiemiż stanami w dementia praecox jest łatwem, gdyż szczególniej w przypadkach, w których dementia praecox rozpoczyna się od depresyi, różniczkowe rozpoznanie bywa nieraz wogóle niemożliwem, dopóki dalszy przebieg sprawy nie wyświetli. Za podstawową cechę różniczkową pomiędzy melancholią w znaczeniu Kräpelinowskiem a stanem depresyi w psychosis maniaco-depressiva uważa M. przedewszystkiem wiek starczy w pierwszym przypadku, a nie urojenia, które mogą się zdarzać i w psychosis maniaco-depessiva. W sprawie określenia przez prof. Piltza neurastenii, jako choroby organicznej, przyłącza się M. do zapatrywań kol. Blassberga, dodając, że możemy uważać neurastenię za cierpienie somatyczne, ale nie znajdując w niej żadnych zmian anatomicznych, nie powinniśmy jej nazywać chorobą organiczną. Objawy somatyczne znajdujemy nietylko w neurastenii, ale we wszystkich nerwicach i psychozach czynnościowych, nie wystarczają więc do określenia cierpienia, jako organicznego.

W końcu dyskusyi zaznacza prof. Piltz, iż zupełnie słusznie podniósł kol. Mazurkiewicz, że Kraepelin w swojej ostatniej klasyfikacyi chorób umysłowych opuszcza melancholię, włączając ją do psychozy maniakalno-depresyjnej. Dotychczas jednak ogólnie przyjęty ten pogląd nie jest. Bardzo możliwem jest jednak, że zapatrywanie Kraepelina się utrzyma. Słusznem jest to, co podniósł kol. Mazurkiekiewicz o trudnościach rozpoznawania różniczkowego pomiędzy neurastenią a otępieniem przedwczesnem. Ale to był właśnie motyw, który skłonił Piltza do omówienia tej sprawy w szerszem gronie lekarzy. Depresya w przebiegu otępienia przedwczesnego różni się od depresyi neurastenicznej skargami hypochondrycznemi, często niedorzecznemi, i pewnemi zaburzeniami woli, postępowania i zachowania, jakich zazwyczaj nie spotykamy w neurastenii. W depresyi neurastenicznej zaś na pierwszy plan wysuwają się objawy wzmożonej wrażliwości i zmniejszonej odporności układu nerwowego, a więc objawy wyczerpania. — W odpowiedzi koledze Blassbergowi pragnąłby Piltz wyjaśnić, że jeżeli neurastenię nazywa chorobą organiczną, to robi to nie dlatego, żeby przypuszczał, iż w neurastenii istnieją stałe zmiany anatomopatologiczne, ale dlatego, że w neurastenii spostrzegamy cały szereg objawów cielesnych, jak wzmożenie oddziaływania źrenic na światło, drgania włókienkowe, drżenie języka i palców, drżenie mięśni klatki piersiowej, dermografię, wzmożoną wrażliwość i zmienność czynności serca, szczególniej przy najmniejszym wysiłku mięśniowym, wzmożenie odruchów ścięgnistych, zaburzenia w odżywianiu, szybkie wyczerpywanie się i t. d. Wszystkie te objawy są niewątpliwie wyrazem zatrucia układu nerwowego produktami zmęczenia i pod wpływem poddawania nie ustępują. Dlatego też jesteśmy uprawnieni, pomimo że dotychczas zmian materyalnych w ośrodkowym układzie nerwowym nie udało się jeszcze wykazać, uważać neurastenię za chorobę organiczną i zgodnie z tem powinniśmy stosować w neurastenii oprócz innych metod leczenia leczenie fizyczno-dyetetyczno-farmaceutyczne w odróżnieniu od histeryi, w której pierwszą rolę odgrywa psychoterapia. Chorobliwa autoanaliza, na którą Dunin zwracał uwagę, jest zdaniem Piltza raczej objawem psychastenii, niż neurastenii.

Sekretarz doroczny: Dr Ada Markowa.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 4. IX. 1912.

Przewodniczący Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) S. Sterling przedstawia troje chorych, leczonych **sztuczną odmą piersiową;** są to trzy przypadki postępującej rozpadowej gruźlicy płuc; we wszystkich trzech nastąpiła przerwa w postępie choroby, a stan ogólny znakomicie się poprawił. Chorzy po trzymiesięcznym pobycie opuszczają szpital; dalsze leczenie odmy będzie się odbywało ambulatoryjnie.

2) Kol. Maybaum: **W sprawie epidemii dysenteryi w Łodzi**. Prelegent zaznaczył, że czerwonka panowała w Łodzi w lecie i jesieni 1911 r.; w roku bieżącym rozpoczęła się w maju, doszła do największego natężenia w lipcu i sierpniu; we wrześniu osłabła. Prowadzenie statystyki było niemożliwością, gdyż w Łodzi zniesiono regestracyę. Omówiwszy przebieg i charakter panującej epidemii, prelegent zatrzymał się szerzej nad zabiegami leczniczymi, podnosząc działanie uzary.

W dyskusyi, w której zabierali głos koledzy Trenkner, Tomaszewski, Rosenthal, Goldberg i Sterling, postanowiono na przyszłem posiedzeniu podzielić się wynikami, jakie osiągnięto przy leczeniu czerwonki surowicą przeciwczerwonkową.

Posiedzenie z dnia 19. IX. 1912.

Przewodniczący Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Pański i Tomaszewski przedstawili chłopca z **niedołęstwem padaczkowem** (imbecillitas epileptica). Chłopiec miewał drgawki po kilka razy dziennie. Kol. Tomaszewski dokonał trepanacyi dekompresyjnej, usunąwszy kawał (25 cm^2) lewej kości ciemieniowej. Tydzień po operacyi napady jeszcze się powtarzały najwięcej 2—3 razy dziennie. Od 6 tygodni chłopiec wcale nie miewa drgawek. Po operacyi wystąpił niedowład prawej górnej kończyny.

2) Kol. Gromski: **O wynikach leczenia czerwonki surowicą przeciwczerwonkową** na podstawie materyału ze szpitala Anny Maryi dla dzieci.

Od roku 1898, t. j. od czasu, w którym Shiga stwierdził w czerwonce swoistość odkrytego przez się zarazka, widzimy usiłowania walczenia z tem cierpieniem zapomocą leczenia swoistego, przyczem lek swoisty w postaci surowicy przeciwczerwonkowej staje się jednym z radykalnych środków, mających na celu zwalczanie szerzącej się epidemii, — jako środek stosowany u ludzi zdrowych, środek zapobiegający chorobie. Stosują go mianowicie w tym ostatnim celu w ilości około 10 cm^3 (Kruse, Dörr). Dane statystyczne co do skuteczności surowicy swoistej zgadzają się u wszystkich prawie autorów. Shiga otrzymuje spadek śmiertelności przy stosowaniu surowicy z 35,4% do 10,8%; Kruse — z 11 na 5%; Vaillard i Dopter z 11 na 2%; Brugsch i Masuda z 30,3% do 6,4%; Rosenthal i Gabryczewski z 11% na 4,5%; Lajotesch z 10 na 0,5%; Koronczewski i Barykin otrzymują 3% śmierci w przypadkach leczonych surowicą; Piotrkowski — 9,9%; Rozmaryn 13,5% wobec 23,3% śmierci z pomiędzy nieleczonych.

Referent mówi o 49 przypadkach czerwonki, leczonych w ciągu ostatniego roku w szpitalu Anny Maryi w Łodzi. Dane ilościowe nie są ścisłe, ponieważ wiele z dzieci chorych opuściło szpital w ciężkim stanie, zanim jeszcze surowica działać poczęła. W każdym jednak razie zauważył G. jej dobroczynny, a nieraz bardzo skuteczny wpływ na przebieg choroby (skrócenie czasu trwania cierpienia, bardzo szybkie, bo nieraz już na drugi dzień znikanie krwi ze stolców i zmniejszanie się ich ilości, szybka ogólna poprawa). Choroba posurowicza występuje rzadko i w bardzo lekkiej postaci. W końcu odczytu referent wnosi, aby z czerwonką radzić sobie w ten sam sposób, jak z błonicą, stosując w możliwie wczesnym okresie choroby surowicę swo-

istą w ilości 10 do 20 cm³; w razie zaś wybuchu epidemii w większych zbiorowiskach ludzi (fabrykach, pensyonatach i t. p.) stosować surowicę zapobiegawczo w ilości 10 cm³.

W dyskusyi kol. Trenkner zgadza się z wywodami referenta, przytaczając 3 przypadki, leczone surowicą skutecznie. — Kol. Sterling czyni prelegentowi zarzut, że nazywa leczenie dysenteryi surowicą, metodą terapii etyologicznej; godzi się więc zapytać, czy badanie bakteryologiczne wykazało u leczonych chorych laseczniki swoiste, odpowiadające surowicy. Wszak w Europie środkowej zdarzają się dysenterye, wywoływane nie przez bakterye (prof. uniw. Warszawskiego Lambl pierwszy opisał pełzaki, wywołujące to cierpienie). Oprócz tego w dyskusyi zabierali głos Lewinson, Rundo, Rosenthal i Tenenbaum.

3) Kol. Rosenthal: **Porażenie nerwu strzałkowego w przebiegu duru brzusznego.**

Posiedzenie z dnia 2. X. 1912.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Sterling poświęcił kilka ciepłych słów wspomnieniu zmarłego przed kilku dniami kol. Birencweiga, przyczem zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Maybaum wygłosił odczyt **o leczeniu nowotworów u zwierząt**, w którym streścił badania Wassermana, Neuberga i Caspariego.

W dyskusyi udział wzięli koledzy Tennenbaum, Goldberg, Rosiewicz, Sterling i Helman.

Posiedzenie z dnia 16. X. 1912.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Tomaszewski i Schreiber: **O leczeniu wodogłowia metodą Anton-Brahmana.** Prelegenci omówiwszy dotychczasowe metody leczenia wodogłowia wewnętrznego, zachęceni artykułem Brahmana — zastosowali metodę tę w 6 przypadkach. Omówiwszy technikę, przeszli do opisu swoich przypadków. Liczba mała, aby z niej można wysnuwać pewne wnioski. Bezwarunkowe polepszenie miał kol. Tomaszewski tylko w jednym przypadku u dziecka $1^1/_2$-rocznego, w pozostałych zaś 5 przypadkach nie zauważył polepszenia, o jakiem wspomina Brahman, a które ma objawiać się stałem zmniejszaniem się czaszki i znikaniem stanów kurczowych (spastycznych). Śmierci nie było wskutek zabiegu żadnej. Zważywszy jednak, że wszystkie inne metody, jako daleko kłopotliwsze i niebezpieczniejsze, dają bardzo niepocieszające wyniki, prelegenci oświadczają się za stosowaniem tej metody.

3) S. Sterling. **Uwagi o leczeniu zapalenia płuc włóknikowego.** Na wstępie mówił S. o spostrzeganych przez siebie przypadkach zapalenia płuc włóknikowego poronnych, trwających dwie doby lub krócej; obok objawów miejscowych i ogólnych — obecność dwoinek swoistych w plwocinie i obniżona ilość chlorków w moczu. — Prelegent gani zwyczaj codziennego (lub nawet dwukrotnie przez dzień) sadzania chorych w celu badania stanu płuc; jest to zgoła zbyteczne, jeśli rozpoznanie jest ustalone, a przebieg choroby prawidłowy. Takim chorym czyni się szkodę przez zmuszanie ich do ruchu i wysiłku; lepiej się wyrzec np. także opasek, jeśli chorego ich nakładanie męczy. Z chwilą ustalenia rozpoznania nie należy chorego przewozić (do szpitala). W okresie upadku działalności serca środkiem leczniczym potężnym jest adrenalina; osłabienie działalności serca jest w tej chorobie wtórne, jest skutkiem spadku ciśnienia w naczyniach; serce starając się pracą wysiłkową utrzymać ciśnienie tętnicze na pewnym poziomie, wyczerpuje się. Stosowane wstrzykiwanie rozczynu soli kuchennej ten ma skutek, że napełniając rozszerzone koryto naczyń, podnosi ciśnienie. Adrenalina czyni toż samo, zwężając światło naczyń. By serce przygotować do przezwyciężenia nagle — pod wpływem adrenaliny — powstałej przeszkody, t. j. zmiany w napięciu naczyń, należy na pół godziny przed wstrzyknięciem adrenaliny wstrzyknąć pod skórę naparstnicę (przynajmniej przed pierwszem zastosowaniem adrenaliny). Rozczynu 1% adrenaliny stosować można na raz 1 gram, w ciągu doby powtarzać 3 i 4 razy; z przetworów naparstnicy najodpowiedniejszym w tym celu jest digipuratum solubile. Obydwa te leki należy wstrzykiwać głęboko.

W dyskusyi zabierali głos kol. Goldman, Schoenaich, Rygier, Rosenthal i Trenkner.

Sterling odpowiada: Jeśli opaska ma działać wykrztuszająco, to lepiej się jej wyrzec, zamiast szkodzić choremu przez ruch; jeśli zaś ma działać (często zmieniana) ochładzająco, to można ją zastąpić okładami zimnymi, stosowanymi na piersi. — Nie we wszystkich sprawach zakaźnych osłabienie mięśnia sercowego jest wtórne (przykład: błonica, dur brzuszny). — Dodatni wpływ adrenaliny na stan krążenia w zapadzie, wywołanym przez zapalenie otrzewnej, tem się tłomaczy, że jak w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego następuje »sui generis« wykrwawienie do pęcherzyków płucnych, przez co naczynia dużego obiegu są względnie puste, a ciśnienie spada (przy jednoczesnem działaniu toksyn w tym samym kierunku), tak przy zapaleniu otrzewnej następuje wykrwawienie częściowe naczyń dużego obiegu krwi do układu naczyń trzewnych, co sprowadza względną pustość i spadek ciśnienia w tętnicach dużego obiegu z jego skutkami dla serca. Podniesienie ciśnienia przez adrenalinę jest w obu przypadkach daleko skuteczniejszem analepticum, aniżeli środki bezpośrednio pobudzające skurcz mięśnia sercowego. Tomaszewski.

Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie.

Posiedzenie z d. 12. września 1912 r.

Przewodniczy kol. B. Knothe. Obecnych członków 29.

1. Kol. St. Trzebiński: **Przypadek nerwicy urazowej z historyi.** (Rzecz przeznaczona do druku). Dyskusyi nie było.

2. Kol. A. Bylina: **O hormonalu.** Streściwszy obecny stan wiedzy o anatomii i fizyologii nerwowego układu jelit, wspomina prelegent o nowych badaniach Zuelzera, wykazujących, iż oprócz nerwowego mechanizmu ruchowej czynności jelit jest jeszcze inny: humoralny czyli chemiczny. Omówiwszy następnie znane z piśmiennictwa wyniki klinicznego stosowania hormonalu w różnych postaciach zaparcia stolca, przechodzi prelegent do streszczenia własnych spostrzeżeń, tyczących się 16 chorych z kliniki lekarskiej prof. Obrazcowa. Z liczby tej w 13 przypadkach rozpoznano niedowładną (atoniczną) postać zaparcia, w 3 zaś — zaparcie skurczowe (spastyczne). Z pierwszej grupy śródżylne stosowanie hormonalu (20 cm sz.) w 10 przypadkach dało wynik dodatni trwały, w 1 wynik dodatni czasowy (3 tygodnie), w 2 przypadkach wynik ujemny. We wszystkich trzech przypadkach drugiej grupy (zaparcie skurczowe) — hormonal zawiódł. Z cięższych przejawów ubocznych spostrzegał prelegent raz jeden dość groźny zapad ze zwolnionem i słabem tętnem, sinicą i wymiotami; po $1^1/_2$ godziny zapad ustąpił. W 2 przypadkach wystąpił w parę godzin po wlewaniu hormonalu dreszcz z podniesieniem ciepłoty do 38° C. Powyższe objawy nakazują ostrożność w stosowaniu nowego leku.

W dyskusyi pyta Januszkiewicz, jak się tłomaczy trwałość działania hormonalu po jednorazowem tegoż wlewaniu. — W odpowiedzi prelegent zaznacza, iż najprawdopodobniejszem będzie przypuszczenie, że hormonal wzmaga wydzielniczą czynność tych komórek, które wytwarzają swoisty hormon ruchu robaczkowego jelit; wzmożona tą drogą czynność ruchowa wzmacnia ze swej strony układ mięśniowy jelit. — Trzebiński pyta, czy możemy wyłączyć w działaniu hormonalu wpływ jego na układ nerwowy jelita. — Prelegent sądzi, iż w rozwiązaniu tej sprawy pomocne być może porównanie ze sprawą wydzielania trzust-

kowego; wiadomo, iż sekretyna trzustkowa wywołuje czynność wydzielniczą po zupełnem usunięciu bądź drogą anatomiczną, bądź też farmakologiczną (atropina) nerwowego układu trzustki. Względem hormonalu zagadnienie jest trudniejsze z tego powodu, iż nie mamy sposobu całkowitego usunięcia własnego nerwowego mechanizmu jelit, mianowicie splotu Auerbacha. — J. Makowski podaje, iż był świadkiem, gdy wstrzyknięcie hormonalu w przypadku pooperacyjnym wywołało ciężki zapad. — O podobnym przypadku mówi też i Łowieniecki. — Łążyński pyta, czy nie próbowano stosować hormonalu wewnętrznie. — W odpowiedzi prelegent zaznacza, iż próby takie miały wynik ujemny. — Cichocki pyta, czy prelegent nie określał wpływu hormonalu na krzepliwość krwi; pyta dalej, do jakiej kategoryi należy zaliczyć hormonal, czy jest to zaczyn, czy też ciało o innych cechach. — Prelegent wyjaśnia, iż krzepliwości krwi nie określał; hormonal, jak i inne hormony, nie należy do kategoryi fermentów.

Sekretarz: A. Bylina.

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie z dnia 26. X. 1912.

Dr Szymański przedstawił wyniki prób palliatywnego **leczenia migdałków** zapomocą wypełniania krypt 30-procentową pastą bizmutową Becka. Środek ten zastosowywał w schorzeniach przewlekłych w przypadkach, nie nadających się do operacyi ze względu na zapalenia nerek, choroby serca, miażdżycy lub wiek i wolę chorego, nie życzącego sobie operacyi. Wprowadzenie pasty odbywa się zapomocą szklannej strzykawki z rozdęciem przy ujściu, tamującem odwrotny wyciek pasty; pasta wprowadzana pod pewnem ciśnieniem wychodzi przez inne otwory migdałków. Chorzy kliniczni (Rush Redical College — oddział uniwersytetu chicagoskiego) oraz z praktyki prywatnej prelegenta doznawali znacznego polepszenia, migdałki zmniejszały się, a powikłań żadnych nie zauważono. Użycie tego środka i kilkoletnia obserwacya może wyjaśnić sprawę nawrotów spraw okołomigdałkowych. — Przedstawione preparaty mikroskopowe wykazują przedewszystkiem, że pasta rozchodzi się po kryptach nietylko przez naturalne połączenia ich pomiędzy sobą, lecz czasami przerywa cieńsze ścianki pomiędzy kryptami, tworząc sztuczne przetoki. Dalej, że w migdałkach, wyjętych po 3 miesiącach od ostatniego wprowadzenia pasty, zostało jej bardzo niewiele i to w postaci kryształków bizmutu. Nakoniec, że krypty same zawierają mniej bakteryi, a nabłonek ich wygląda prawidłowiej.

W dyskusyi zabierali głos: Dr Czaki, Pietrzykowski, Statkiewicz, Zaleski, Boguszewski, Wiśniewski, Gierałtowski i Hryniewiecki, który zaznaczył, że działanie bizmutu w tych przypadkach jest więcej mechaniczne, niż przeciwgnilne i przytoczył metodę Gersuniego z Wiednia — wstrzykiwanie rozczynu Lugola lub jodu.

Po załatwieniu spraw administracyjnych, mianowało Towarzystwo Dr J. Szymańskiego, wyjeżdżającego do Brazylii, swoim honorowym członkiem.

Dr A. Balcerzak, sekretarz.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Wielka Podjaczeska 31 (Russkij Wracz), Dr Fr. Veselý, Brno na Morawach (Časopis lek. českých), Prym Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«) anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. Biulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie),; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47 a) (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Franciszek Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht [Würzburg], Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), a wraz z Dr M. Biehlerową, (Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 4. XII. posiedzenie, na którem z powodu nadchodzącego dwudziestopięciolecia »Nowin lekarskich« obrano jednomyślnie członkiem honorowym Towarzystwa redaktora »Nowin«, Dr St. Łazarewicza z Poznania, poczem prof. Kostanecki, prof. Browicz i prof. Rutkowski przedstawili okazy torbielowato zmienionych wyrostków robaczkowych. W dyskusyi przemawiali prof. Rosner i doc. Radliński. Następnie Dr Zanietowski przedstawił przyrządy elektryczne własnego pomysłu, nagrodzone na Zjeździe elektrologicznym w Pradze, a Dr Schlank miał odczyt o wyciągach z przysadki mózgowej w położnictwie i ginekologii.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza, co następuje: Zamiast uroczystego pożegnania kol. Dr Sękiewicza, który opuścił Czortków, złożyli dnia 5. listopada b. r. urzędnicy i znajomi kwotę 100 kor., którą starosta czortkowski, p. Piątkiewicz, złożył w Tow. lekarzy galicyjskich na fundusz wdów i sierot po lekarzach.

— Grupa krakowska Tow. Domu zdrowia uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc Bratnia« w Zakopanem urządziła 5 b. m. za zgodą dyrekcyi w krakowskich szkołach średnich odczyty o gruźlicy, celem uświadomienia młodzieży szkolnej o istocie choroby i sposobach ochrony przed nią; nadto wszyscy uczniowie otrzymali druki, zawierające odpowiednie wskazówki z zakresu higieny. Dochód z odczytów obrócony zostanie na koszta leczenia chorej na gruźlicę kształcącej się młodzieży polskiej.

Staraniem lwowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą i Zarządu powszechnych wykładów uniwersyteckich we Lwowie ocbędą się w miastach prowincyonalnych Galicyi wschodniej wykłady o gruźlicy i jej zwalczaniu.

— Zawiązane świeżo w Krakowie Towarzystwo »Samarytanin polski« pod przewodnictwem radcy dw. prof. Wicherkiewicza organizuje kursa doraźnej pomocy. Takież kursa otwarto we Lwowie. W Krakowie odbywają się kursa równocześnie w dziesięciu seryach w różnych zakładach leczniczych pod kierunkiem specyalistów chirurgów; napływ uczniów jest tak wielki, że i to już nie wystarcza.

— Rada miejska w Przemyślu uchwaliła budowę wodociągów kosztem 4 milionów koron.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 23. XI. do 30. XI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 1 (obcych 2 † —), krztuśca 2, ospy wietrznej 4, płonicy 5 † — (2 † —), odry 2, duru brzusznego 2 † — (— † 1), czerwonki 1 † — (1 † —), róży 1, kuru 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. W Kownie obchodził 50-lecie swego zawodu Dr Kazimierz Jaworowski. Jubilat urodził się w Białymstoku w r. 1839. Po skończeniu uniwersytetu moskiewskiego w r. 1862 został ordynatorem szpitala miejskiego w Kownie. W marcu r. 1864 z rozkazu Murawiewa zesłano go na 8 lat do kopalni nerczyńskich. W r. 1868 zamieszkał w Irkucku, gdzie kilka lat pełnił bezpłatnie obowiązki ordynatora szpitala miejskiego. Z przywróceniem praw zajął stanowisko lekarza w kopalniach złota w okręgu witimskim, nad rzeką Bodajbo. Po 17 latach, pomimo świetnych warunków materyalnych, w r. 1886 opuścił Syberyę i po roku studyów zagranicą osiadł w Kownie. Jest członkiem założycielem Tow. lekarskiego w Kownie, którego był wiceprezesem, a następnie w ciągu lat 5 prezesem. Przez lat 25 był dyrektorem komitetu opieki nad więźniami oraz pełnił wiele innych czynności społecznych i filantropijnych.

— Zmarły niedawno Dr Marcin Kulikowski zapisał 25.000 rb. na jedną z warszawskich instytucyi leczniczych.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 25. XI. do 2. XII. 1912 przypadków: ospy 4, płonicy 1, duru wysypkowego 1, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Następujący doktorzy uniwersytetów zagranicznych, po złożeniu egzaminów państwowych w Charkowie otrzymali stopnie lekarzy: pp. Klemens Bojakowski z Kowała, Zygmunt Jakubowski z Kowna, Zygmunt Łopuski z Kalisza (z odzn.), Józef Halpern z Siedlec (z odzn.), Henryk Brokman z Warszawy, Leon Fingerhut z Kalisza (z odzn.), Jan Pióro z Siedlec (z odzn.), Michał Edward Studziński, (z odzn.), Jan Tworkowski z Litwy, Antoni Wolski z Zacisza, Jan Zalewski z Warszawy, Józef Golde z Płocka, Józef Halpern z Warszawy i Grzegorz Altfeld z Warszawy.

— Wydział lekarski na uniwersytecie w Odesie ukończyli Polacy pp.: Zygmunt Słoniński (z odzn.), Kazimierz Łowiński, Stanisław Majewski, Adam Mickiewicz, Jan Peczyński i Edward Żelichowski.

— Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył 23. XI. (6. XII.) b. r. uroczyste posiedzenie dla uczczenia zasług i pamięci przedwcześnie zmarłego znakomitego matematyka, prof, Dr Jana Ptaszyckiego. Program posiedzenia obejmował przemówienia i wykłady prof. Zaleskiego, prof. Merczynga, doc. L. Staniewicza, prof. Sochockiego, prof. W. Staniewicza, prof. Ziemackiego i pp. Rostkowskiego i Chawłowskiego.

Mianowani: Prof. Czerny ze Strassburga profesorem pedyatryi w Berlinie; doc. Merkel profesorem medycyny sądowej w Erlangen; doc. Königer profesorem historyi medycyny tamże.

Redakcya otrzymała: Doc. Dr W. Radecki: 1) Les phénomènes psychoélectriques. Odb. »Archives de psychol.« 1911. Génève, stron 294. 2) Psychologia wzruszenia i uczuć. Warszawa 1912. Z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Stron 172. — Latkowski: O arytmii sercowej; część kliniczna. Odb. »Księga pamiątk. XI. Zjazdu lek i przyr. polsk.» 1912. — J. Jaworski: Materyały do statystyki i etyologii raka. »Gaz. lek.« 1912. — Wiczkowski: O pierwotnym raku płuc. — Selzer: Próba urządzenia uzdrowiska ludowego dla piersiowo-chorych w okolicy Lwowa. Odb. »Tyg. lek.« 1912. — Schoenaich: Szpital dla dzieci Anny-Maryi w Łodzi. VI. Sprawozdanie roczne 1911. — Orzechowski i Nowicki: Zur Pathogenese u. patholog. Anatomie der multiplen Neuromatose und der Sclerosis tuberosa. Odb. »Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie«. — Pawlicki: Zur Frage der akuten infektiösen Nephritis. Odb. »Mediz. Klinik«. 1912. Nr 43. — Kopczyński: Praca naukowa a zawód lekarski. Odb. »Medyc. i Kron. lek.«. — Blassberg: O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego. Odczyty kliniczne. 1912. Zesz. 10 i 11.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1912.

Gazeta lek. Nr 44—49. Bartkiewicz: Uwagi nad leczeniem chirurgicznem przepuklin (44—45). — Hertz i Sterling (dok. 44—47). — Pawiński: O wpływie wzruszeń i przemęczenia umysłowego na serce, a zwłaszcza na powstawanie stwardnienia tętnic (45—46). — Pruszyński: Henryk Kadyi (46). — Artykuł wstępny (Szkoła główna warszawska) (47). — Bieliński: Parallela szkół lekarskich polskich w Warszawie i w Wilnie (1818—1830) (47).—Dembowska i Rzętkowski: O wpływie solanki ciechocińskiej Nr 8 na wydzielanie z moczem związków purynowych (48—49). — Kaczyński: Nowe przyrządy (48). — Jaworski: Lekarze Polacy na obczyźnie (48).

Medycyna i Kronika lek. Nr 44—48. Leszczyński: Nowotwór w torebce wewnętrznej (endothelioma in capsula interna) (44), — Wł. Sterling: O synkinetycznem (współruchowem) doprowadzaniu chorego ramienia w porażeniu połowiczem organicznem (44—45). — Lewin: Walka z gruźlicą a szpitalnictwo (44—45). — Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomopatologicznych w zdrowej skórze przy działaniu na nią chryzarobiny (45). — Halpern: W sprawie przemiany materyi w myastenii (36). — Pechkranc: Tętniak łuku aorty z zarośnięciem osierdzia oraz zrostami jego z klatką piersiową i przeponą (46). — Lubliner: O stosowaniu arsenobenzolu (606) w przypadkach twardzieli górnych dróg oddechowych itd. (47). — Wejnert: Badania nad ilościowem określaniem diastazy w kale (47). — Guranowski: O organizacyi pracy umysłowej (47—48). — Justman: Zwężenie przełyku z przyczyny blizn przymiotowych (48—49). — Mackiewicz: O objawie udowym (48).

Tygodnik lek. Nr 44—48. Markowski: Henryk Kadyi (44).— Penzias (dok. 44). — Michałowicz (dok. 44). — Ziembicki: Zatrucie nitrobenzolem (45—46). — Zubrzycki: Zastosowanie hemolizy wywołanej jadem kobry w położnictwie i ginekologii (45—46). — Mars: Sprawa chirurgicznego postępowania wobec otrzewnej na tegorocznym międzynarodowym Zjeździe ginekologów w Berlinie (46—48). — Franke: Lewulozurya pokarmowa w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek i o związku między zaburzeniem czynności nerek a wątroby (47—48). — Rothfeld: Zależność napięcia mięśni kończyn od ustawienia głowy (47).— Berlstein i Nowicki: O guzie nerwu słuchowego w stosunku do ucha wewnętrznego (48).

Nowiny lek. Nr 11. Mażylis: Przypadek krezki pierwotnej u noworodka z torbielowatem przekształceniem nerek. — L. Szuman: Coma cholaemicum po operacyi kamieni żółciowych. —

Steinborn: Nowoczesne leczenie kiły ze szczególnem uwzględnieniem salwarsanu.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt III. Tomu VII. L. Zembrzuski: Gruźlica przepuklinowa. — M. Saidman. O znieczuleniu zapomocą wewnątrzżylnego stosowania hedonalu. — J. Koliński: W sprawie ogólnego postępowania w tak zwanych chorobach kobiecych.

Postęp okulist. Nr 9—10. Szafnicki: Wrzód rogówki pełzający w świetle statystyki z r. 1900—1909. — Rosenhauch: Dwa przypadki promienicy narządu wzrokowego. — Wicherkiewicz: O wrzodzie przybrzeżnym rogówki, spowodowanym prątkiem Neddena.

Kwartalnik stomatologiczny. Z. 3. Leszczyński: Ropotok zębodołowy. — Mirtenbaum: Kilka zasadniczych pytań o zaopatrywaniu korzeni. — Brenneisen: Dmuchadło automatyczne własnego pomysłu. — Łepkowski: 1) Oparcie metalowe krzesła jako zbiornik zgęszczonego powietrza wyjałowionego. 2) Sterylizator na świderki.

Kronika dentyst. Nr 11. Krakowski (c. d.). — Zawidzki (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 11. Drexler: Miasta ogrodowe.

Zdrowie Z. 11. Judt: Kilka słów w sprawie dzieci mamek.— Jaworski (dok.). — Mamrot: O śmiertelności wśród niemowląt i sposobach jej zwalczania.

Słowo lekarskie Nr 20—22. Stahr (c. d.). — R. Merunowicz: W sprawie partactwa lekarskiego. — Ustawa o chorobach zakaźnych w parlamencie. — Subkomitet komisyi parlamentarnej dla ubezpieczenia społecznego i górna granica dochodów. — Glassner: W sprawie wykonywania rozbiorów moczu przez nie-lekarzy. — Uchwały XVIII Wiecu Izb lekarskich. — Bednarski: Lekarze okręgowi i ich apteki domowe.

Głos lekarzy Nr 21—23. Wyzwanie do walki. — O udział Galicyi w Najwyższej Radzie zdrowia. — Epidemia spirytystyczna na Śląsku. — Mikołajski (c. d.). — W sprawie norm służbowych lekarzy kasowych. — Reforma państwowej ustawy sanitarnej. — I. Zjazd higienistów polskich. — Badanie uszkodzonych w praktyce kas chorych. — Wzory umowy lekarzy z kasami chorych. — Nowy projekt rządowy w sprawie techników dentystycznych. — Statut Zjazdów higienistów polskich.

Nasze Zdroje Nr 24—25. Porachunki po kampanii sezonowej. — Teodorowicz: 1) Kongres balneologów w Meranie. 2) Co podnosi ruch obcych i eksport wód mineralnych? — Włyński: Sprawozdanie lekarskie o Szczawnicy za r. 1912. — W przededniu sprzedaży Żegiestowa-Zdroju. — VII. Kongres elektro- i radyologów w Pradze. — Ashkenazy: Jak działają kąpiele kwasowęglowe i borowinowe? — Orłowicz: Plan rozwoju Zakopanego. — Ustawa o uzdrowiskach w państwie rosyjskiem. — Nowe zdrojowisko pod Toruniem. — Żurakowski: Sprawozdanie zakładu leczniczego w Tatarowie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. grudnia 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Rosnera: Ciąża, a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu i demonstracya Dr Z. Wachtla (jun.) (stosowanie benzolu w białaczce).

Rok LI. Kraków, dnia 14. grudnia 1912. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do kazuistyki zakrzepów żylnych i następczych zakażeń mieszanych ogólnych jako powikłań duru brzusznego.

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

W ciągu lat 1910 i 1911 miałem sposobność spostrzegać kilkanaście przypadków duru brzusznego zarówno w samej osadzie, a właściwie w jej częściach położonych niżej, jak i w najbliższej okolicy. Przebiegały one wogóle typowo, dość lekko, lub średnio ciężko, bez powikłań, z zejściem pomyślnem — oprócz dwóch, których opis stanowić będzie właśnie treść niniejszej pracy. Zjawienie się tej, niewielkiej zresztą, miejscowej epidemii duru przy braku wogóle innych chorób zakaźnych, przypisuję temu, że lata te były nadzwyczaj suche, wskutek czego nieliczne sadzawki i studnie wyschły, a znajdujące się trzy wiercone (artezyjskie) studnie w osadzie zaledwie mogły wystarczyć na potrzeby ludności. Użycie wody na potrzeby wewnętrzne z resztek pozostałych sadzawek i wyschłych studzien, jak przypuszczam, było powodem zachorzeń na dur, których ofiarą padło dwóch chorych. Niezwykły przebieg kliniczny dwóch tych przypadków, spostrzeganych przezemnie systematycznie od pierwszego ich wybuchu wspólnie z innymi kolegami, wobec nadzwyczaj wyraźnych, nie dających wątpliwości, klinicznych objawów chorobowych, zniewolił mnie do ogłoszenia ich w tem przekonaniu, że pomimo braku danych sekcyjnych, rozstrzygających zwykle wraz z badaniem bakteryologicznem krwi o istotnych przyczynach objawów chorobowych, występujących za życia, są one ciekawe i pouczają, ile niebezpiecznych niespodzianek może ukrywać w sobie każdy, choćby w początkach napozór lekki przypadek danego szeregu chorobowego, jak w tym razie, duru brzusznego.

Przypadek I.

Typhus abdominalis. Septicaemia secundaria e causa hepatitidis ichorosae (Abscessus hepatis?).

W dniu 7. VIII. 10. wezwany zostałem do chorego w osadzie Radziejów, I. K., lat 49, handlującego ptactwem i jajami na eksport zagranicę. Przy badaniu w dniu tym znalazłem, co następuje: K. leży w łóżku już dziewiąty dzień; przedtem prawie przez cały tydzień czuł niedomaganie ogólne, łamanie po całem ciele, pobolewanie głowy, dreszczyki, niestrawność, odbijanie, bóle i łamanie w krzyżu i w nogach. Wszystkie te objawy przypisywał początkowo zmęczeniu się wyjazdami z ptactwem, przyczem źle i nieregularnie odżywiał się, jadł przeważnie zimne potrawy, pił dużo wody surowej różnego pochodzenia i podejrzanej czystości; nieraz też jadąc w nocy, nadedniem przeziąbł niezgorzej. Brał na przeczyszczenie kilkakrotnie, zażywał chininę, brał na poty, zachowując dyetę, wszystko to jednak przynosiło tylko chwilową ulgę. Nakoniec w dniu 29. VII. położył się do łóżka, wziął jeszcze raz na przeczyszczenie (kalomel, olej rącznikowy), poczem zażywał chininę i aspirynę naprzemian, doznając ulgi czasowej. W dniu 7. VIII. osłabienie zwiększyło się, wystąpiły silniejsze bóle głowy, krzyża, kończyn i okolicy prawego podżebrza, skutkiem czego zasięgnął mojej porady. Przy badaniu fizycznem znalazłem, co następuje: K., dobrze mi osobiście znany, wzrostu nizkiego, dobrze i prawidłowo zbudowany, średnio odżywiony, jest zupełnie przytomny i dokładnie opisuje przebieg swej choroby od samego początku. Barwa skóry nieco bladawa, zresztą prawidłowa, bez żółtaczkowego odcienia; tkanka tłuszczowa podskórna wszędzie w ilości miernej. Ciepłota 37·8°; tętno 84 na minutę, słabo napełnione, dość miękkie; w ciągu ostatnich dni bywają kilkakrotnie na dobę niebolesne, płynne, grochówkowate wypróżnienia, nieco cuchnące. Moczu oddaje niewiele, o barwie araku; cięższar właściwy 1022, bez białka i cukru; obecność barwników żółciowych w dużej ilości (próba Gmelina), odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni; osad moczu zawiera małą ilość śluzu i dużo kryształów soli moczanowych; przy ogrzewaniu osad rozpuszcza się.

Język mocno obłożony szarawo-białym, podsychającym, grubym nalotem; na zębach, dziąsłach i na wierzchu nalotu językowego widać warstwę cienkiego, ciemnoszarego, lepkiego, błoniastego nalotu (fuligo); błony śluzowe jamy ustnej i gardła niezaczerwienione, nieco zaszlamione, gruczoły szyjne i okołoszczękowe nie powiększone, ani stwardniałe; wogóle niema żadnych śladów jakichkolwiek dawniejszych chorób. Zarówno w dzieciństwie, jak i w wieku późniejszym, na żadną z chorób poważniejszych nie chorował; napojów wyskokowych prawie wcale nie używał; papierosy palił w bardzo umiarkowanej ilości. Żonaty jest powtórnie od lat sześciu; z pierwszej żony, która umarła na gorączkę połogową, pozostało ośmioro zdrowych dzieci; z drugą żoną ma syna lat pięciu.

Narząd oddechowy: Oddech 22 na minutę, prawidłowy, niebolesny; rozszerzalność obu połów klatki piersiowej zupełnie równa; przy głębokim wdechu granice płuc obniżają się na szerokość około 3 ctm. Przy opukiwaniu płuc nigdzie niema stłumienia; osłuchiwanie wykazuje dość rzadkie rzężenia oskrzelowe i grubopęcherzykowe. Proporcyonalność prawidłowa w czasie trwania wdechu i wyde-

chu zachowana. Dźwięk głosu czysty; drżenie głosowe klatki piersiowej wszędzie zachowane i na symetrycznych punktach obu połów klatki piersiowej zupełnie jednakowe. Kaszel rzadki, suchy, krótki, urywany, częściej pokaszliwanie.

Narząd krążenia: Wymiary serca niepowiększone, tony serca czyste, rytmiczne, nieco przytłumione. Tętno 84 na minutę, słabo napełnione, miękkie; stwardnienia tętnic nigdzie nie dostrzega się.

Narząd trawienia: Stan języka, ust, gardła i stolców, patrz wyżej. Brzuch wogóle miernie wzdęty; w prawej okolicy biodrowej wyraźne i głośne przelewanie się i burczenie przy ucisku; ta okolica, zarówno jak i dołek i prawe podżebrze, cokolwiek bolesne przy ucisku. Wątroba nieco powiększona, wyczuwalna na szerokość przeszło dwóch palców poniżej łuku żebrowego. Śledziona znacznie powiększona i stwardniała, wyczuwalna na szerokość trzech palców poniżej łuku żebrowego lewego; górne jej granice określić trudno wobec wzdęcia brzucha, stłumienie jednak odgłosu opukowego słyszy się jeszcze przy górnym brzegu ósmego żebra.

Narząd nerwowy: Przytomność zupełnie zachowana; chory pamięta wszystkie szczegóły swej choroby; bezsenność lub sen z częstemi przerwami bezsennych widziadeł. Odruchy wszędzie zachowane i prawidłowe; źrenice równe, oddziałują na światło prędko i prawidłowo. Wzrok prawidłowy, słuch nieco przytępiony, co chory przypisuje zażyciu kilku proszków chininy.

Powierzchnia skóry: Barwa skóry nieco bladawa, bez żółtaczkowego odcienia; nigdzie niema plam ani wysypki. Żona chorego wspomina, że przed kilku dniami zjawiły się na powierzchni brzucha, piersi i tułowia plamki, jakby od ukąszenia pcheł; miały one być różnej wielkości i znikły po dwóch dniach (różyczka?)

Przebieg choroby. Bardzo szczegółowe zapiski, jakie posiadam z przebiegu choroby, zwłaszcza że mieszkającego o kilka domów odemnie chorego mogłem odwiedzać dowolnie często, pozwalają mi odtworzyć cały przebieg choroby i podać krzywą ciepłoty (patrz Tablicę I.), nader ciekawą i charakterystyczną.

W czasie od dnia 8. VIII. do dnia 20. VIII. stan był ciągle jednakowy; tętno 80 do 100 na minutę, miękkie, łatwo uciskalne, mało napełnione; ciepłota o nieprawidłowych wahaniach, pod wpływem pyrenolu i aspiryny; stolce płynne, grochówkowate. W dniu 12. VIII. rzekomo bez powodu wystąpił ból neuralgiczny bardzo silny w splocie barkowym prawym, tuż pod obojczykiem; ból ten pod wpływem pijawek, gorących okładów, wcierania mesotanu z chloroformem i salolu wewnętrznie, na trzeci dzień ustąpił. Na naradach wspólnych, odbytych z innymi kolegami, ustaliliśmy rozpoznanie duru brzusznego, polecając choremu stosowne leczenie z usunięciem środków przeciwgorączkowych, z uwzględnieniem natomiast kamfory, piżma.

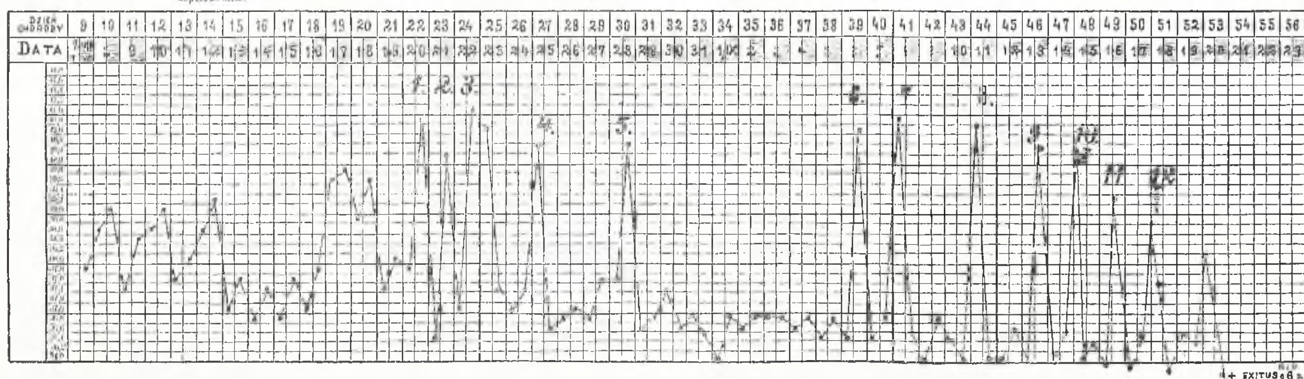
W ciągu dnia 19. VIII. i 20. VIII. zdawała się występować pewna poprawa, gdy niespodzianie, dnia 20. VIII. (był to 22. dzień choroby) o 4. popołudniu po krótkotrwałem ziębieniu w całem ciele i uczuciu ściskania w dołku i w okolicy serca wystąpił napad bardzo silnych dreszczów wstrząsających, trwających przeszło godzinę, z następnymi obfitymi potami, trwającymi cztery godziny. Nazajutrz dnia 21. VIII. i następnego dnia 22. VIII. napady dreszczów wstrząsających powtórzyły się w postaci cokolwiek słabszej, zawsze późno wieczorem około północy, z obfitymi następczymi potami, trwającymi przez całą noc aż do rana, przy tętnie około 170 uderzeń na minutę, małem i miękkiem. Dnia 23. VIII. zrana był tylko słaby dreszcz krótkotrwały, z niewielkim potem. Przy badaniu w dniu tym na naradzie z innymi kolegami nowych objawów przedmiotowych nie znaleźliśmy, prócz nieco wzmożonej wrażliwości na ucisk okolicy prawego podżebrza, bez zmiany w wielkości i położeniu wątroby. Nigdzie niema obrzęków ani żadnych przesięków w jamie brzusznej lub opłucnej.

Rozpoznano powikłanie posocznicowe i zalecono codziennie lewatywy z 5% rozczynu kollargolu w ilości 60 do 80 grm; po dwu lewatywach poprawa przedmiotowa i podmiotowa.

Dnia 25. VIII. o 7. rano czwarty napad silnych dreszczów wstrząsających, trwających około pół godziny z następczymi potami w ciągu trzech godzin. Popołudniu trzecia lawatywa z kollargolu; pod wieczór stan lepszy, sen spokojny. Dnia 26. VIII. od 3. godz. rano uparta i głośna czkawka, która zaczęła słabnąć dopiero pod wieczór po zastosowaniu gorących okładów na dołek, gorących napojów oraz kropel rozczynu mentolu (1%) w spirytusie; pod wieczór czwarta lawatywa z kollargolu; uczucie poprawy. Dnia 27. VIII. zrana czkawka ustała; w ciągu dnia uczucie ściskania w piersiach i zawadzania w przełyku. Piąta lawatywa z kollargolu. Dnia 28. VIII. tętno 96, małe, miękkie; od rana kaszel suchy, męczący, przychodzący napadami. Szósta lawatywa z kollargolu. Około 12. w południe krótkie ściskanie w piersiach i omdlenie, poczem piąty napad dreszczów wstrząsających, przez pół godziny, z następczymi potami do wieczora; wieczorem ciepłota 36,5; tętno 96.

Następne osiem dni, od 29. VIII. do 5. IX, włącznie, (30—38 dzień choroby) były wolne od dreszczów wstrząsających. Stan chorego stopniowo zaczął się poprawiać; cieplota była prawie prawidłowa; tętno, nieco mocniejsze, nie przekraczało 96 na minutę; codzień lawatywa z kollargolu, przyczem siódmą i ósmą jeszcze z rozczynu 5%, następne zaś sześć z rozczynu 3%; przed każdą taką lawatywą dostawał lawatywę oczyszczającą z czystej wody ciepłej z dodatkiem bardzo małej ilości sody oczyszczonej. Lawatywy te odchodziły zawsze zabarwione ciemnogrochówkowym kałem (kał z resztkami kollargolu z dnia poprzedniego). Lawatywy kollargolowe z dodatkiem 5 kropel nalewki makowca chory zwykle zatrzymywał do drugiego dnia; dwa razy tylko odeszły po upływie godziny.

Dnia 6. IX. nad ranem wymioty. Rano przy ciepło-



cie 36,5° i tętnie 96 uczucie podmiotowe ciężkiego osłabienia. Badanie fizyczne niewiele nowego wykrywa, lekki podmuch skurczowy przy pierwszym tonie u końca serca; tony serca wogóle nieco matowe. Brzuch lekko wzdęty; w okolicy okołokątniczej przy ucisku niewielka bolesność, przelewanie się i burczenie. Śledziona ciągle wielka, twarda, łatwo wyczuwalna; stan wątroby bez zmiany, bolesność prawego podżebrza niewielka. Barwa skóry cokolwiek żółtawa z odcieniem ziemistym; bardzo nieznaczne zżółcenie białkówki obu ócz. Wychudnienie ogólne; przytomność zachowana. Mocz ciemnoczerwony w większej nieco ilości, nasycony, ciężar właściwy 1021; osad zupełnie rozpuszczalny po zagotowaniu. Obecność barwników żółciowych w większej ilości; odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni, chociaż mniej silny. O godz. 11. wieczorem tegoż dnia szósty napad bardzo silnych dreszczów wstrząsających, trwających godzinę, z następczymi kilkogodzinnymi potami; wśród potów bóle brzucha i prężenie w kiszkach, poczem dwa bardzo obfite stolce, zawierające obfitą ilość śluzu, zmieszanego z płynnym, grochówkowatym kałem, pośród którego ziarenkowate galaretowate grudki z zabarwieniem żółciowem. Przy dokładniejszem badaniu okazują się one grudkami ziarnistego śluzu z ciałkami ropnemi w miernej ilości; wszystko z zabarwieniem żółciowem. D. 7. IX. przy tętnie 96, małem i miękkiem, uczucie wielkiego osłabienia, pomimo wstrzyknięć podskórnych olejku kamforowego mocniejszego, dokonywanych najmniej dwa razy dziennie.

D. 8. IX. po dokuczliwych bólach w krzyżu siódmy napad dreszczów wstrząsających, trwających godzinę, poczem obfite poty przy ciepłocie 40,8° i tętnie nitkowatem około 180 na minutę. W ciągu czterech godzin następnych czterokrotne wstrzyknięcie podskórne olejku kamforowego; dwa razy po 1,5 grm i dwa razy po 1,00 grm, czyli razem około 1,00 grm czystej kamfory. Na wspólnej naradzie z kolegami w dniu tym zaleciliśmy wcieranie dwa razy dziennie w okolicy wątroby maści Crédégo, dalej lawatywy odżywcze (150 grm mleka, jedno żółtko+cukier), przedtem wlewania z ciepłej wody z dodatkiem dwuwęglanu sody (w stosunku 0,4%); ciągłe okłady rozgrzewające na brzuch, wewnętrznie zaś ile możności więcej płynów gorących, piżmo, kozłek, kwas będźwinowy (flores benzoës); podskórnie olejek kamforowy.

D. 10. IX. W nocy suchy, męczący kaszel, przychodzący napadami; przy badaniu fizycznem płuc, ze strony prawej od tyłu ponad stłumieniem wątroby, zaczynającem się u dolnego brzegu IX. żebra, daje się zauważyć kilkucentymetrowy pas niewielkiego przytłumienia odgłosu wypukowego; przytłumienie sięga do górnego brzegu ósmego żebra. Drżenie klatki piersiowej w miejscu tem jest osłabione. Dnia 11. VIII. w nocy kaszel suchy, męczący. O godz. 11. przedpołudniem ósmy napad dreszczów wstrząsających, trwających godzinę, z następczymi obfitymi potami. Przy ciepłocie 40,6° tętno prawie zupełnie niewyczuwalne do godziny trzeciej popołudniu, odtąd po wstrzyknięciu 3.00 grm olejku kamforowego mocniejszego zaczyna się tętno stopniowo zjawiać, a wieczorem dochodzi do 120 na minutę przy wielkiem osłabieniu ogólnem, nie pozwalającem choremu mówić. Do północy wstrzyknięto podskórnie jeszcze 2 grm olejku kamforowego (0,40 czystej kamfory).

Dnia 12. IX. w nocy męczący, suchy kaszel lub pokaszliwanie; kilka obfitych płynnych wypróżnień takichsamych, jak i przedtem; po nich uczucie silnego osłabienia; popołudniu stolec obfity, płynny, burobronzowy, mało cuchnący; wieczorem tętno 120, nitkowate. Dnia 13. IX. około czwartej popołudniu dziewiąty napad dreszczów wstrząsających, trwających przeszło pół godziny, potem obfite, długie poty. Na wspólnej naradzie zalecono stosować co 2 godziny lawatywy słone (0,4%) w ilości około 200 grm naraz. Po olejku kamforowym oraz lawatywie odżywczej, ciepłota późnym wieczorem była 38,4° przy tętnie 150. Dnia 14. IX. rano kaszel znikł, senność; około północy tegoż dnia dziesiąty napad dreszczów wstrząsających, trwających około 20 minut z potami, upadkiem tętna i wysoką ciepłotą. Dnia 16. IX. senność, majaczenie, około piątej popołudniu jedenasty napad dreszczów wstrząsających w ciągu pół godziny, z następczymi objawami, jak poprzednio. W nocy z dnia 17. IX. na 18. IX. dwunasty napad dreszczów wstrząsających, trwających około 20 minut. D. 18. IX. poty do południa; w ciągu dnia kilkakrotne bóle brzucha, które po lawatywie solnej i obfitych płynnych, śluzowatych, żółciowych wypróżnieniach ustały. Wieczorem tętno 120, nitkowate; senność i ciche bredzenie. Odtąd coraz większy upadek sił przy ciągłych potach; dnia 19. IX. wieczorem lekki dreszczyk ze wzniesieniem się następnem ciepłoty do 38,2°, a potem spadkiem do 35,0° przy coraz słabszem i częstszem, ledwo wyczuwalnem tętnie. Śmierć dnia 20. IX. około 6. wieczorem; był to 53. dzień od początku choroby, której przebieg pozwoliłem sobie dość szczegółowo opisać. Na załączonej krzywej ciepłoty dwanaście napadów dreszczów wstrząsających oznaczone są liczbami porządkowemi.

Do 22. dnia choroby przebieg jej był prawie zwykły, typowy dla duru brzusznego z uwzględnieniem wpływu zażywanych środków przeciwgorączkowych na ciepłotę, oraz z tym dodatkiem, że okolica prawego podżebrza była nieco bolesna i czuła na dotyk, przy niewielkiem zresztą powiększeniu i stwardnieniu wątroby. Z chwilą, gdy w 22. dniu choroby wystąpił pierwszy dreszcz wstrząsający, okolica ta okazywała stale przytłumienie nieco powiększone i nieco większą czułość na dotyk.

Objawy takie, jak czkawka, uczucie ściskania i zawadzania w przełyku, oraz napady suchego, męczącego kaszlu wskazują na usadowienie się zapalnej sprawy chorobowej w górnej części wątroby, bliżej powierzchni, i ucisk na przeponę (respective n. phrenicus), a pośrednio w następstwie na prawą opłucnę i płuco (wysięk?). W wątrobie przypuszczam wytworzenie się ognisk ropnych lub posokowatych, które powstać mogły na tle zapalenia drobnych żył wątroby i które stanowiły punkt wyjścia do następnego ogólnego zakażenia posocznicowatego. Za taką mianowicie, a nie inną sprawą chorobową przemawia zupełny brak jakiegokolwiek obrzęku na kończynach dolnych, mosznie, prąciu, brzuchu, oraz zupełna nieobecność puchliny brzusznej, co wskazuje, że ani wielkie żyły brzuszne, ani żyła wrotna w sprawę zapalno-zakrzepową wciągnięte nie były. Niewielki odcień zabarwienia żółtaczkowego na skórze, zarówno jak i ślady żółci w śluzie wypróżnień, jakie zjawiły się w ostatnich okresach choroby, wskazują również na to, że drogi żółciowe zostały zajęte również już nieco później, następczo, być może »per contiguitatem« sprawy chorobowej, szerzącej się w naczyniach krwionośnych miąższu wątroby. Okres wtórnego zakażenia ogólnego posocznicowego rozpoczął się pierwszym dreszczem wstrząsającym 22. dnia choroby i trwał przez 31 dni; w okresie tym chory przebył dwanaście napadów wielkich dreszczów wstrząsających, z obfitymi potami i upadkiem tętna. Podziwiać należy odporność ustroju, wyniszczonego już uprzednio tygodniową chorobą zasadniczą, który tak zmagał się z zakażeniem mieszanem, jakie się wytworzyło po ogólnem zakażeniu wtórnem. Być może, że pomocą choremu ustrojowi w walce z zakażeniem były wstrzykiwania podskórne olejku kamforowego, oraz stosowanie kollargolu w lawatywach i w postaci wcierań maści Crédégo. Należało, być może, przekonać się, jakby ustrój ten oddziaływał na zastosowanie swoistych surowic leczniczych, przeciwdurowej i przeciwpaciorkowcowej, ewentualnie — przeciwgronkowcowej; zastosowanie jednak surowic tych, wobec połączonych ze sprowadzeniem ich kosztów i wobec braku badań bakteryologicznych krwi, musiało zostać poza planem leczenia, zwłaszcza, że wzywani na naradę koledzy nie byli zwolennikami seroterapii przy sprawach septycznych.

Brak danych sekcyjnych nie pozwolił na rzeczowe stwierdzenie istotnych zmian anatomopatologicznych, zaszłych w czasie choroby w ustroju, których obraz zarysował się w umyśle moim na zasadzie całego przebiegu klinicznego choroby i danych, otrzymanych na zasadzie badania fizycznego w różnych jej okresach. Brak badania bakteryologicznego krwi, oraz tkanek, zmienionych chorobowo w zajętych narządach, nie pozwala dokładnie określić charakteru zakażenia wtórnego, jakie powikłało początkowe zakażenie durowe. Wiadomo, że już lasecznik durowy Ebertha może sam przez się wywołać posocznicę (Port, Curschmann, v. Baumgarten i inni), zarówno jak i wielorakie ropienia, czysto miejscowe. Tak Curschmann (Nothnagel's Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie B. III. Th. I.) przytacza, że jedynie tylko lasecznik durowy Ebertha znajdowano: 1) W przydurowych wysiękach ropnych opłucnych: Fernet, Kelsch, Weintraud. 2) W ogniskach ropnych kostnych przydurowych: Klemm, Orłow, Achalme, Ebermaier, Chantemesse i Widal. 3) W ropnem przydurowem zapaleniu opon mózgowych: Hintze, Stühlen, Lenhartz. 4) W ogniskach ropnych w mięśniach: Raymond, Fasthing. 5) Przy posokowatem durowem zapaleniu ucha: Destrée. 6) Przy durowem zapaleniu wola: Fawel, Hone.

Literatura polska ma znakomite prace Janowskiego i Dmochowskiego: 1) »Przyczynek do nauki o własnościach ropotwórczych lasecznika tyfusowego«. (Pamiętnik Tow. lek. warszaw. T. 89. R. 1893, str. 940) i 2) »O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i ropieniu przy tyfusie w ogólności«. (Pam. Tow. lek. warsz. R. 1894). W tych pracach autorowie na zasadzie przeszło trzystu doświadczeń określają szczegółowo warunki, w jakich prątek durowy może wywołać ropienie i śmiertelne zatrucie ogólne sam przez się, oraz podają wyniki badań nad zakażeniami mieszanemi. Dalej J. Swieżyński (Kronika lekarska 1894) w przypadku ropnia pod mięśniem naramiennym w 7. tygodniu choroby uzyskał hodowlę prątka durowego, którego naturę dokładnie stwierdził. Następnie Wł. Janowski (Kronika lekarska 1895 Nr 5) z ropy przy ropnem zapaleniu przyusznicy, które wystąpiło w dwa do trzech miesięcy po durze brzusznym, wyhodował prątka durowego Ebertha; na sekcyi znaleziono ślady blizn po durze w jelitach.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że sprawy te wówczas są czysto krwiopochodne (haematogen), wskutek przepełnienia krwi prątkami durowymi, co zwykle następuje na szczycie choroby, a więc między trzecim a piątym tygodniem średnio ciężkiego przebiegu. O ile powikłania takie dają niekiedy, nawet częściej, pomyślniejsze rokowanie co do zejścia choroby, o tyle w razie przyłączenia się do nich drobnoustrojów swoiście ropotwórczych, paciorkowców lub gronkowców, sprawa staje się o wiele złośliwszą, najczęściej śmiertelną, zarówno przez wzmocnienie się jadowitości (Virulenzsteigerung) samych drobnoustrojów miejscowo, w miejscu zakażenia, jak i skutkiem ewentualnego zakażenia ogólnego. Jest to zakażenie wtórne, wytwarzające w ustroju typ zakażenia mieszanego (infection mixte), w którem występuje działanie t. zw. assocyacyi bakteryi, na którą pierwszy zwrócił uwagę Héricourt (Les associations bacteriennes. Révue de médecine 1887). Ścisłe badania w tym kierunku, dokonane przedtem przez wielu bakteryologów, a między innymi przez Briegera i Ehrlicha, wykazały, że ogólne zakażenia mieszane powstają najczęściej przez zakażenie wtórne, które ma ułatwioną drogę do ustroju z powodu osłabienia przez zakażenie pierwotne obronnych czynników miejscowych u wrót zakażenia oraz przez zużycie normalnych ochronnych substancyi krwi. Nie dają one jednak tak zw. »antagonistycznego« (Garrè) działania jednostronnego, jakie bywa przy niektórych zakażeniach u zwierząt (Emmerich, Pawłowski, v. Baumgarten, Czaplewski, Beco, Fränckel i inni), gdzie niekiedy powstałe ogniska ropne eliminują ogniska zakażenia pierwotnego i usuwają jego bakterye lub do tego pomagają (naprz. paciorkowce, prątki Friedländera i gronkowce są typowymi antagonistami względem prątka wąglika). Na tych faktach opiera się metoda leczenia gorączek połogowych przez wywołanie sztucznego ropnia w tkance podskórnej w celu zwiększenia leukocytozy n. p. zapomocą wstrzykiwania olejku terpentynowego (Metoda Fochiera, abcès de fixation). Badania anatomopatologiczne, przeprowadzone u ludzi, dowodzą, przeciwnie, niszczącego wpływu zakażenia wtórnego i mieszanego na przebieg zakażenia zasadniczego pierwotnego; prawa antagonizmu sprowadzają się tu do zera, występuje natomiast assocyacya wzajemna lub jednostronna, potęgująca wpływ zgubny, gdyż wobec metabiotycznego współżycia drobnoustrojów potęguje się ich jadowitość wzajemna lub jednostronna. Z tem w zupełności zgadzają się wyniki, otrzymane przez bardzo liczne doświadczenia nad assocyacyą bakteryi w hodowlach sztucznych i w ustrojach zwierząt próbnych.

Garrè na zasadzie swych bardzo licznych doświadczeń »in vitro« dzieli wszystkie bakterye na trzy wielkie działy: 1) bakterye symbiotyczne, żyjące zupełnie swobodnie w hodowlach mieszanych, jakby we własnych czystych; 2) bakterye metabiotyczne, czyniące podłoże podatnem dla łatwiejszego rozwoju innych bakteryi albo przez pochłanianie i przeróbkę szkodliwych dla nich substancyi, albo też przez wytwarzanie lub wydzielanie produktów, sprzyjających rozwojowi współżyciowców, i 3) b. antagonistyczne. Doświadczenia »in vivo«, zarówno na zwierzętach, jak i na ludziach, jakie w różnych czasach wykonali: Roux i Yersin, Barbier, v. Schreider, Hilbert, v. Dungern i inni, dowiodły, że ziarenkowce ropotwórcze wzmagają jadowitość lasecznika błonicy Löfflera i odwrotnie. Tegosamego dowiedli Baumgarten i Pawłowski co do gruźlicy z jednej, a gronkowców i paciorkowców ropnych z drugiej strony.

Na zasadzie więc dowiedzionego prawa assocyacyi bakteryi, a mianowicie ich metabiozy, spotykamy zupełną analogię przy durze brzusznym (Curschmann, Lenhartz, P. v. Baumgarten, F. Port i inni). O ile sam prątek durowy nie wywołał ropienia miejscowego lub posocznicy ogólnej, co jest możliwem, jak to już wspominałem, to wtórne zakażenie, choćby miejscowe, jakiemikolwiek mikrobami ropotwórczymi może być powodem zakażenia mieszanego. Sprawę tę u nas poruszył pierwszy M. Jakowski (»Tyfus brzuszny. Liczne ropnie podskórne w okresie wyzdrowienia«. Gaz. lek. 1883, oraz: »O przyczynie zapaleń ropnych po tyfusie« Gaz. lek. 1887); w przypadku drugim w czyrakach koło odleżyny na krzyżu Jakowski znalazł wśród ropy mikroby. które po zbadaniu drobnowidowem i hodowlanem okazały się gronkowcami ropnymi. Czyraki więc były wyrazem zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropnymi, co zostało wogóle poraz pierwszy wykazane przez Dunina, który napisał głośne w swoim czasie u nas i zagranicą prace: 1) O przyczynie zapaleń ropnych i zakrzepów żył w przebiegu tyfusu brzusznego (Gazeta lek. 1885, Nra 13 i 14). 2) Jeszcze parę uwag o zakażeniu wtórnem przy tyfusie brzusznym (Gazeta lek. 1886 Nr 11). (Obydwie te prace były drukowane po niemiecku (Deutsches Archiv für klinische Medicin 1886, Bd. 39. H. 3 i 4), które to źródło cytuje Curschmann (Nothnagel's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie Tom III. cz I. str. 157). 3) »Kilka słów o t. zw. zakażeniu mieszanem« Referat w sekcyi wewnętrznej VI. Zjazdu lek. i przyr. pols. w Krakowie, (Gaz. lek. 1891, str. 786). Dalej pisali o tem również Korczyński i Gluziński: »Przyczynek do zakażenia mieszanego w durze brzusznym« (Nowiny Lekarskie 1892 Nr 1).

Wszyscy klinicyści zgadzają się na jedno, mianowicie, że klinicznie zakażenie mieszane może przejawiać się: ciężkimi objawami mózgowymi, bardzo wysoką ciepłotą, niekiedy żółtaczką lub wybroczynami w skórze lub narządach wewnętrznych, dreszczami wstrząsającymi jednorazowymi lub powtarzającymi się, objawami ostrego zapalenia wsierdzia (podmuch skurczowy przy pierwszym tonie u końca serca); wreszcie mikroskopowe badanie krwi wykaże zwięk-

szoną leukocytozę, gdy tymczasem zakażenie durowe czyste cechuje się zmniejszeniem leukocytozy. Samo przez się rozumie się, że niezawsze cały ten zespół objawów klinicznych zjawia się jednocześnie, kombinacye poszczególnych objawów są nieskończenie liczne, zależnie od zajęcia tych lub owych narządów, oraz od cech indywidualnych chorego ustroju. Podstawowym punktem wyjścia czyli wrotami wtórnego zakażenia mogą być wszelkie ropienia w ustroju, a więc ropiejąca odleżyna lub czyraki na skórze, ropne zapalenie gruczołu przyusznego, ropne zapalenia ucha środkowego, ropne zapalenie okostnej lub ochrząstnej; dalej ropienie wrzodów jelitowych, osobliwie gdy już zaczynają się pokrywać strupami (Dunin l. c., Senger, cytowany przez Dunina); niekiedy powodem do wtórnego zakażenia może być wznowienie się starego, przygasłego oddawna zapalenia wsierdzia, na które chory niegdyś cierpiał. Cechą charakterystyczną dla zakażeń mieszanych przy durze brzusznym, często spotykaną na sekcyach, jest niewielka ilość stosunkowo małych owrzodzeń w jelitach lub bliznowatych śladów, po nich pozostałych (Dunin, Senger, Curschmann, F. Port, Ebstein i wielu innych). Z tego powodu nawet W. Ebstein wypowiedział zdanie (Deut. Archiv f. klin. Med. Bd. 88), że niewspółmierność bardzo ciężkich ogólnych objawów za życia w stosunku do małej ilości niewielkich owrzodzeń swoistych przy durze brzusznym, stwierdzonych na sekcyi, zależy od zakażenia mieszanego, które temsamem staje się fatalnem powikłaniem ze względu na bardzo złe rokowanie. Dlatego też stwierdzenie zakażenia mieszanego jest rzeczą niezmiernej wagi dla właściwego rokowania, a może być osiągnięte przez bardzo ścisłe badanie bakteryologiczne krwi. Baumgarten proponuje w tym celu (Lehrbuch der pathogenen Bakterien, Leipzig 1911) oprócz zastosowania metody Conradi-Kaysera (Gallenanreicherung), która uwydatnia obecność prątków durowych Ebertha, szkodząc rozwojowi paciorkowców i gronkowców, zastosowanie metody Schottmüllera (wylewania płyt agaru z krwią) i Castellaniego (hodowle przygotowane w bulionie). Próby dokonane nad metodą wspólnej aglutynacyi, analogicznej do próby Gruber-Widala dla prątka durowego, nie dały wyników zadowalniających (ibidem).

Nakoniec powodem i punktem wyjścia zakażenia wtórnego przy durze brzusznym mogą się stać ropnie wątroby lub sprawy zapalne posokowate w jej miąższu i naczyniach. Powikłanie to przy durze brzusznym jest zjawiskiem rzadkiem. Romberg (Berlin. klin. Wochenschr. 1890) zebrał 19 takich przypadków i jest tego zdania, że najczęściej powodem ich są ropiejące owrzodzenia jelitowe, lecz również mogą one być spowodowane przerzutami z innych ognisk ropnych, o jakich wyżej wspomniałem, a także z ropnego zapalenia przykątniczego (Romberg — w jednym przypadku). Port (Getynga) w jednym przypadku ropnia wątroby w durze wyhodował z ropy lasecznika okrężnicy, ze krwi zaś prątki okrężnicy i durowe, czyli właśnie ropień ten był punktem wyjścia dla wtórnego zakażenia ogólnego resp. mieszanego.

Venema i Grünberg (Berl. klinische Wochenschr. 1907) opisali siedem przypadków ropni wątroby, ściśle zbadanych bakteryologicznie: 1) W trzech z nich znaleziono tylko prątki durowe, czyli powstały one jako swoiste zapalenia przerzutowe, potwierdzając raz jeszcze fakt, że prątek durowy Ebertha może się stać ropotwórczym; w jednym z tych przypadków wywiady wskazywały na uraz wątroby, poprzedzający chorobę. 2) W jednym przypadku wyhodowano czystą hodowlę gronkowca złocistego. 3) Nakoniec w trzech pozostałych przypadkach prócz prątka durowego Ebertha wyhodowano i ziarenkowce ropne, mianowicie 2 razy gronkowce i raz ziarenkowce nieokreślonego charakteru. — Petruschky (Zeitschrift f. Hygiene 1902) znalazł wszędzie w ustroju po śmierci, i w ropniu wątroby, prątki okrężnicy, przyczem było tylko jedno owrzodzenie durowe w jelitach, natomiast za życia wyhodował ze krwi tylko prątki Ebertha. Stadelmann w jednym przypadku wyhodował za życia ze krwi prątki durowe i prątki okrężnicy, a ze zwłok, wobec bardzo małych i nielicznych owrzodzeń jelitowych, wyhodował ze śledziony prątki okrężnicy, a z żółci i ropnia wątroby prątki durowe. Bardzo różne kombinacye bakteryologiczne spostrzegali i opisali: Vincent, Wassermann, Thiemich, Carter, Busquet, Lemierre, Jochmann, Castellani, Lenhartz, Warmiński, Lüdke, Reiner, Müller, v. Hösslin i inni.

Że drogi żółciowe i cały układ krwionośny żyły wrotnej podlega nieraz wraz z całą wątrobą ciężkiemu zajęciu, na to wskauje Wł. Janowski w pracy swej: »Przypadek duru brzusznego z niezwykle ciężkiem zajęciem wątroby i dróg żółciowych«. (Gazeta Lekarska 1911 Nr 1). W przypadku tym, zakończonym pomyślnie, nie było zakażenia mieszanego pomimo nadzwyczaj ciężkich objawów ze strony wątroby, dróg żółciowych, a potem i nerek; nie było również nigdzie miejscowego ropienia, to też Janowski wskazuje na szczególną złośliwość zarazka (prątka durowego), który zaatakował wątrobę i drogi żółciowe prawie zaraz od początku choroby.

Przypadek drugi, do którego opisu obecnie przystąpię, jest biegunowo przeciwny, przebieg jego kliniczny zupełnie niepodobny, a jest ciekawy dla zupełnie innych powodów.

Przypadek II.

Typhus abdominalis. Septicopyaemia secundaria e causa thrombophlebitidis ichorosae venae iliacae communis sinistrae.

Dnia 12. VII. 11. zostałem wezwany do mieszkającego w osadzie synka mieszczanina-rolnika, G., chłopca 9-tetniego, chorego już dziewiąty dzień. Chłopiec w końcu maja, w bardzo ciepłym dniu, wykąpał się w małej sadzaweczce, tuż pod miastem, w wodzie brudnej naciekowej, zawierającej wiele gnijących substancyi organicznych; po kąpieli pod wieczór, gdy już powietrze znacznie ochłodło, pojechał na trzęsącym wózku w pole, strząsł się i przeziąbł. Przez pięć dni następnych był nieswój i bez humoru. D. 4. VI. od rana dostał bólu głowy, pod wieczór wystąpiły lekkie objawy gorączki, rozłamanie ogólne, wskutek czego dostał na przeczyszczenie, po którem wzięto go na ścisłą dyetę; przez dwa dni następne było mu lepiej. Dnia 7. VI. zjawiły się znów dreszczyki, ból głowy, gorączka i ogólne niedomaganie, co trwało ze stopniowem pogorszeniem do dnia 12. VI., w którym to dniu zawezwano mnie do chorego dziecka. Przy badaniu w dniu tym znalazłem, co następuje: Chory dobrej budowy i dobrze odżywiony, nieco wogóle blady przy wypiekach na twarzy; usta spękane, na zębach lepki, szary, sadzowaty nalot; język mocno obłożony, pokryty takimże nalotem (fuligo). Ciepłota 39·4; tętno 120 na minutę, dość pełne, łatwo uciskalne. Przytomność zupełna, aczkolwiek w rozmowie z nim daje się zauważyć pewna tępość i namyślanie się w odpowiedziach; chory uskarża się na słabość ogólną, ból głowy i łamanie w kościach. Na ciele nigdzie nie widać wysypki; gardło czyste, blade. Brzuch lekko wzdęty, w okolicy kątnicy przelewanie się i burczenie przy ucisku, mocniejsze naciskanie sprawia uczucie nieznacznego bólu. Okolica wątroby niebolesna, wątroba niepowiększona, ani nie stwardniała; śledziona znacznie powiększona, wyczuwalna na szerokość trzech palców poniżej lewego łuku żebrowego, ku górze stłumienie jej sięga do górnego brzegu ósmego żebra. Wypróżnienia kilkakrotne na dzień, płynne, grochówkowate, cuchnące. Oddech prawidłowy, około 20 na minutę, szmery pęcherzykowe, gdzieniegdzie rozsiane rzężenia grubooskrzelowe, niezbyt wydatne. Drżenie klatki piersiowej wszędzie jednakowe, niezmienione. Stępienia odgłosu opukowego nigdzie niema. Stłumienie sercowe prawidłowe; tony serca czyste, bez szmerów. Obrzęków nigdzie niema; ruchy kończyn czynne i bierne — swobodne, bez żadnych bólów i przeszkód. Mocz skąpy, nasycony, ciemnoczerwony, ciężar właściwy 1020;

białka ani cukru nie zawiera; odczyn dwuazowy Ehrlicha dodatni. Osad, tworzący się przy dłuższem staniu, przy zagotowaniu rozpuszcza się w zupełności; składa się z moczanów.

Dnia 18. VI. wystąpił poraz pierwszy ból w udzie lewem, mniej więcej w dolnej trzeciej części, bliżej kolana. Miejsce to przy dotykaniu bolesne, zarówno z przodu, jak i z tyłu uda; przy prostowaniu nogi doznaje chory tępego bólu w głębi mięśni uda. Był to już pietnasty dzień choroby, a według objaśnienia rodziców chłopiec przy zbytkowaniu na podwórzu, na jakieś kilka dni przed ową fatalną kąpielą, uderzył się o wózek, przyczem ból był niewielki; na drugi dzień o całem zajściu zapomniano, pozostał tylko niewielki siniec, który znikł po kilku dniach bez żadnej interwencyi.

Dnia 23. VI. Wobec tętna 120 na minutę, na wspólnej naradzie odstawiliśmy środki przeciwgorączkowe, które dotąd podawano (pyrenol, chinina, aspiryna); zaleciliśmy kamforę, piżmo i kozłek. Noga lewa w udzie stale boli, zwłaszcza przy poruszeniach; pędzlowania jodyną i smarowanie chloroformem z olejkiem szalejowym i mesotanem przynoszą krótkotrwałą ulgę. Daje się zauważyć niewielki obrzęk całej wogóle lewej nogi. Na języku, stale mocno obłożonym, oraz na dziąsłach zjawiły się pleśniawki, przeciwko którym zastosowano pędzlowanie rozczynem (1%) azotanu srebra. U otworów nosowych nadżerki i spękanie, wargi spieczone i popękane, pomimo częstego smarowania waseliną. Wątroba znacznie powiększona i stwardniała, łatwo wyczuwalna na szerokość trzech palców poniżej łuku żebrowego prawego; na linii środkowej sięga prawie do pępka, przy dotykaniu niebolesna. Śledziona stale ogromnie powiększona i stwardniała; w okolicy kątnicy przy ucisku przelewanie się i burczenie przy nieznacznej bolesności.

Dnia 27. VI. tętno 120, oddech przyspieszony do 32 na minutę, powierzchowny; kaszel suchy, krótki, urywany, bolesny. Z tyłu pod łopatkami z obu stron przytłumienie odgłosu opukowego; oddech zaostrzony, oskrzelowy; trzeszczenia; drżenie klatki piersiowej w miejscach tych wydatnie wzmożone (Pneumonia hypostatica utriusque pulmonis lobi inferioris). Noga stale bolesna, zwłaszcza przy dotykaniu i próbach ruchów biernych lub czynnych, wyprostowanie niemożebne; chory leży z nogą skurczoną w kolanie i odwróconą na zewnątrz. Obrzęk powiększył się znacznie od stopy aż do grzebienia kości biodrowej. Mocz bez białka, o cechach wyżej opisanych.

Dnia 2. VII. Język czyściejszy, pleśniawki znikły; oddech 20 na minutę, prawidłowy; tętno 112, nieco mocniejsze. Kaszlu niema; w płucach objawy zapalne ustąpiły. Całe lewe biodro, udo i goleń obrzękłe. bolesne przy dotykaniu i nieruchome; moszna i prącie lekko obrzękłe, w okolicy krzyżowej niewielka odleżyna. Zjawił się ból w okolicy prawego ramienia z przodu; miejsce to cokolwiek spuchnięte, bolesne przy dotykaniu i przy ruchach ręką.

D. 6. VII. Tętno 120, małe, miękkie. Odleżyna w okolicy krzyżowej powiększyła się i jest bardzo bolesna, pomimo zastosowania środków leczniczych i zapobiegawczych. Cała lewa noga, zacząwszy od palców aż ku krzyżowi, a z przodu część dolna brzucha nad lewą pachwiną coraz więcej obrzękłe; tożsamo moszna i prącie. Kaszlu niema, brzuch nieco mniej wzdęty, w okolicy kątnicy przelewania się i burczenie mniejsze, przy ucisku bolesności prawie nie ma. Wątroba cokolwiek mniejsza, niebolesna; śledziona ciągle jeszcze silnie powiększona i stwardniała. Stolce od kilku dni raz dziennie prawie prawidłowe, sformowane. Moczu więcej i jest on nieco jaśniejszy, bez białka. Ponieważ od dwóch dni zjawił się lekki podmuch skurczowy przy pierwszym tonie u końca serca, dostaje chory nalewkę konwaliową po osiem kropel trzy razy dziennie.

Dnia 12. VII. Tętno 120. Podmuch skurczowy u końca serca znikł. Obrzęki na lewej nodze, biodrze, brzuchu, mosznie stopniowo zwiększają się; zjawiają się niekiedy przechodnie dokuczliwe bóle w nodze, biodrze i dolnej lewej części brzucha. Na prawem ramieniu obrzęk powiększył się; zjawiło się zaczerwienienie, sprawiające wrażenie, jakby miejsce to miało zropieć, gdyż w głębi pod mięśniami uczuwa się niekiedy jakby chełbotanie. Podobne obrzęki, jak na prawem ramieniu, zjawiły się na paluchu i średnim palcu ręki prawej i na paluszku ręki lewej, ograniczając się do oddzielnych członków każdego palca. Mocz zawiera 0,05‰ białka (według uczulonego Essbacha). Zresztą zjawia się pewna chęć do jadła; chory śpi nieźle, o ile pozwalają mu bóle w miejscach obrzękłych. W ustach i na języku znów wystąpiły pleśniawki, przeciwko którym zastosowano pędzlowanie rozczynem nadmanganianu potasu.

Dnia 18. VII. Tętno 124, osłabienie ogólne coraz widoczniejsze; podmuch skurczowy u końca serca znów zjawia się przejściowo. Zjawiły się miejscowe ograniczone obrzęki: na lewem ramieniu, na kilku palcach lewej ręki, na prawym łokciu i prawie na wszystkich palcach prawej ręki, niektóre z tych obrzęków czerwienią się na wierzchu i sprawiają wrażenie jakby chełbotania głęboko pod mięśniami. Poprzednie obrzęki ograniczone na różnych punktach kończyn górnych nieco zmniejszyły się pod wpływem okładów z ichtyolu pod ceratką. Obrzęki rozlane na całej lewej nodze, krzyżu, boku i brzuchu zwiększają się; w okolicy lewej kości biodrowej, poniżej jej grzebienia widać wypuklenie, sprawiające niekiedy wrażenie chełbotania pod mięśniami w głębi tkanek, lecz jest to tylko przejściowe. Bolesność wielka całej obrzękłej lewej części ciała; odleżyna na krzyżu podgoiła się; pleśniawki z ust znikły. Mocz jasny, zawiera 0,25‰ białka (Essbach). Wszędzie zalecono okłady pod ceratką z płynu (1%) Burowa; w dolną część brzucha ponad lewą pachwiną i w wewnętrzną powierzchnię górnej części uda dwa razy dziennie wcierania maści Crédégo.

D. 28. VIII. Tętno 120. Obrzęki na lewej nodze doszły stopniowo do ogromnych rozmiarów, są nadzwyczaj bolesne; obrzęki na ramionach i palcach miejscami znikły, miejscami zmniejszyły się, lecz pojawiają się znów na nowych miejscach, zawsze w okolicy stawów lub wzdłuż trzonów kości oddzielnych członków palców. Na naradzie lekarskiej, odbytej dnia poprzedniego, zalecono wewnętrznie hematogen oraz kilka razy dziennie lawatywy z ciepłej wody słonej (0,4%), prócz tego kamforę i piżmo.

(Dok. nast.).

(Z pracowni farmakologicznej Uniwersytetu Lwowskiego).

Teorya hormonów i wydzielanie wewnętrzne

podał

Prof. Dr L. Popielski.

(Dokończenie).

Nie mogę nie zatrzymać się na hormonalu, który, dzięki szerokiej reklamie, dostał się do rąk lekarzy bez podania dokładnych jego fizyologicznych własności. Hormonal wyrabiają obecnie ze śledziony w postaci wyciągu wodnego; początkowo wyrabiano go z błony śluzowej odźwiernika i dwunastnicy. Obecnie nie może ulegać wątpliwości, że przetwór ten wywołuje ruch robaczkowy jelit przy bezpośredniem wprowadzaniu do krwi wskutek obniżenia ciśnienia krwi. Przy wprowadzeniu pod skórę w dotychczasowych dawkach przetwór ten bezwarunkowo nie wywiera żadnego wpływu na ruch robaczkowy jelit. Jeżeli

niektórzy autorzy widzieli podobny wpływ, to na pewno nie zależał on od hormonalu. To należy uważać za pewnik.

W większości przypadków stosowano hormonal u ludzi, już od dłuższego czasu nie mających stolca. Tacy chorzy niejednokrotnie pod wpływem zupełnie błahej przyczyny mogą mieć stolec. Dosyć jest u takiego chorego zastosować niezwykły sposób leczenia zaparcia stolca: wstrzykiwanie podskórne, aby przy zupełnie obojętnym środku otrzymać pożądany skutek. Od czasu podania przezemnie krótkiej wzmianki o hormonach, pisma lekarskie ogłosiły wiele przypadków stosowania hormonalu z groźnymi objawami, zależnymi od gwałtownego obniżenia ciśnienia krwi, wywołanego zawartą w hormonalu wazodylatyną. Obecnie potrzeba szczególnej wiary, aby w hormonalu upatrywać swoisty środek przeciwko zaparciom stolca.

Tak więc widzimy, że w wyciągach nie znajdujemy swoistego ciała, przedstawiającego wydzielinę danego gruczołu. I trudno sobie przedstawić, aby było inaczej. Jeżeli prawidłowe ukrwienie uważamy za niezbędny warunek prawidłowej czynności narządu, to w narządzie, wyciętym z ustroju, bezcelowem jest poszukiwać wydzieliny, powstającej tylko w warunkach prawidłowego odżywiania. Wydzielina nie pozostaje na miejscu, nie nagromadza się w gruczole, ale w miarę wytwarzania się przechodzi do krwi. We krwi gromadzą się wydzieliny ze wszystkich narządów, wytwarzając prawidłowy jej skład. Według mojego zdania, wydzielina nie pozostaje we krwi bez zmiany, ale przekształca się w inne nowe ciała pod wpływem już znajdujących się we krwi, albo ze krwi wytwarza nowe ciała. Tę ostatnią okoliczność należy mieć szczególnie na względzie, gdyż obecnie dobrze już wiemy, że cały szereg ciał, bezpośrednio wprowadzonych do krwi, wywołuje działanie zupełnie niewłaściwe dla nich. Tak n. p. morfina, atropina, wprowadzone do krwi, wywołują działanie we wszystkich szczegółach identyczne z działaniem wazodylatyny, a więc także i z objawami wstrząsu anafilaktycznego.

Wydzielina wszystkich gruczołów w ten lub inny sposób wytwarza prawidłowy skład krwi, niezbędny do prawidłowej czynności wszystkich narządów. Jeżeli jakiejkolwiek wydzieliny brak, nastaje nieprawidłowy skład krwi, odbijający się na czynności wszystkich narządów.

Pogląd, że pomiędzy narządami istnieje antagonizm, albo szczególne współdziałanie, nie ma za sobą dokładnie przeanalizowanych faktów. Pogląd ten jest zabytkiem szeroko w pierwszych latach XIX stulecia rozpowszechnionego poglądu o biegunowem powinowactwie, albo o biegunowem współdziałaniu dwóch ściśle określonych narządów. Żadnych danych nie ma na to, że w pewnych gruczołach wytwarzają się bodźce, podniecające do czynności prawidłowej mózg, serce, nerki, mięśnie. Do ich czynności potrzebny jest prawidłowy skład krwi, wytworzony zapomocą wydzieliny ze wszystkich narządów. Wycięcie niektórych gruczołów, jak n. p. nadnerczy, sprowadza śmierć, przyczem nie można wykryć zmian w żadnym gruczole o wydzielaniu wewnętrznem. Wycięcie tarczycy wywołuje zmiany w przysadce mózgowej, ale jednocześnie i w gruczołach płciowych.

Jeżeli rozważymy, że po wycięciu tarczycy występują wybitne zmiany w odżywianiu, wskutek których wzrost ustroju się zmniejsza, właściwie opóźnia, to niedokształt gruczołów płciowych uznać musimy za naturalne następstwo zmniejszonego wzrastania. Zmiany w przysadce mózgowej bynajmniej nie mogą wskazywać na istnienie pomiędzy nią a tarczycą jakiegoś szczególnego stosunku, a zapewne są one wyrazem zaburzeń w odżywianiu. Nie można nie zwrócić uwagi na to, że wycięcie tarczycy, grasicy i przysadki mózgowej u zwierząt młodych wywołuje objawy bardzo do siebie zbliżone: opóźnienie we wzrastaniu, nieprawidłowy rozwój tkanki podskórnej i brak dostatecznego rozwoju narządów płciowych, zupełnie zrozumiały ze względu na słabe wzrastanie ustroju.

Pomimo woli nasuwa się myśl, że wydzielina tych trzech narządów wytwarza razem we krwi jedno ciało, którego brak, nie sprowadzając bezpośrednio śmierci, stwarza tak znaczne zaburzenia w wymianie materyi, że ustrój nie rozwija się pomimo prawidłowego odżywiania. Wycięcie któregokolwiek z tych narządów wywołuje niezupełne ukształtowanie się tego ciała i w rezultacie opisane zmiany w ustroju. Wogóle ciekawą jest rzeczą zwrócić uwagę na fakt, że wycięcie wielu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem wywołuje uderzające zaburzenia w wymianie ciał bezazotowych w ustroju. Wycięcie trzustki wywołuje zaburzenia w wymianie cukru, wycięcie tarczycy, po części grasicy, przysadki mózgowej, — zaburzenia w wymianie tłuszczu. Mówiąc o przysadce mózgowej, nie mogę nie zwrócić uwagi na ważny w praktycznem znaczeniu fakt, że wyciąg z przysadki wywiera wybitny wływ na czynność ruchową macicy. Wyciąg ten znany jest pod nazwą hypofizyny, pituitryny, pituglandolu. Ponieważ wycięcie przysadki, jak to już wskazywałem, wywołuje stosownie do słabego wzrastania ustroju — zmiany w gruczołach płciowych, ich niedokształt, to może powstać myśl o swoistym wpływie wyciągu z przysadki właśnie na macicę. Należy tu zaznaczyć, że czynnem ciałem w wyciągach z przysadki jest znaleziona przezemnie wazohypertenzyna, znajdująca się w wyciągach ze wszystkich narządów ustroju.

Z przytoczonych przezemnie faktów wynikają niektóre praktyczne wnioski, w pierwszym rzędzie interesujące lekarza. Należy uważać za zupełnie pewne, że zapomocą sporządzania wyciągów z gruczołów nie możemy otrzymać czynnej swoistej wydzieliny. Wskutek tego nie możemy zastąpić braku gruczołu, albo niedostatecznej jego czynności zapomocą wyciągów z danego narządu. Fakt ten należy uważać za zupełnie pewny. Jeżeli więc jest tak, to w jakiż sposób leczyć ludzi, dotkniętych chorobą pewnego gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem? Możnaby było zebrać wydzielinę, wypływającą razem z krwią z danego gruczołu. Zużytkowanie lecznicze takiej krwi napotyka na trudności. Wprowadzając krew do przewodu pokarmowego, poddajemy ją, a z nią i swoistą wydzielinę, trawiącemu działaniu soków trawiennych. Wskutek tego wynik leczniczy będzie problematyczny.

Jedynie pewnym sposobem, niewątpliwie wiodącym do celu, jest przeszczepianie czynnego gruczołu zwierzęcia lub człowieka (mianowicie parzystych gruczołów, dostępnych łatwo dla wycięcia). W tym kierunku powinny się rozwinąć usiłowania lekarzy. Przykładów skutecznego przeszczepiania gruczołów jest dużo. Robiono skuteczne próby przeszczepiania gruczołów przytarczycznych, tarczycy, jajników i nadnerczy. Droga ta jest bardzo trudna. Należy wejść

na nią z całem przeświadczeniem o skuteczności właśnie tej drogi dla zagrożonego życia i zdrowia człowieka. Oczywiście nasuwa się odrazu sprawa dokładnego rozpoznania choroby tego lub innego gruczołu. Niestety zupełnie pewnych oznak nie dają nam ani badania doświadczalne, ani kliniczne. Ponieważ brak wydzieliny danego gruczołu odbija się przedewszystkiem na składzie krwi, należałoby więc na badanie krwi zwrócić baczną uwagę.

Nie o wiele łatwiej możemy oryentować się w nadmiernej czynności gruczołów. W każdym razie nie beznadziejnie przedstawia się także i ta sprawa. Tutaj wszyscy stoimy przed ważną dla lekarza sprawą ulżenia cierpień choremu człowiekowi. W tym kierunku wszyscy gotowi jesteśmy ponieść największe ofiary. A przy wspólnej, wytężonej pracy wszystkich lekarzy, znacznie łatwiej osiągnąć cel.

Tutaj wysiłki każdego lekarza są cenne. Nawet spostrzeżenia skromnych pracowników, siedzących w zapadłych kątach, mają doniosłe znaczenie. Nietylko ludzie zasiadający przy stole naukowym mają głos. Ten głos mają wszyscy lekarze choćby dlatego, że roztaczają pieczę nad zdrowiem człowieka.

W sprawie działania wyciągów z przysadki mózgowej.

W sprawozdaniu poglądowem Dra Ady Markowej w tem miejseu, gdzie jest mowa o własnościach wyciągu z przysadki mózgowej (Przegląd lek. 1912, Nr 49), nie wspomniano o badaniach nad wyciągiem z przysadki, wykonanych przez Dra J. Studzińskiego, a ogłoszonych po polsku w »Przeglądzie lekarskim« 1911, Nr 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36. W pracy Dra Studzińskiego znajdujemy wiele faktów nowych.

Prof. Dr L. Popielski.

Oceny i sprawozdania.

F. Schlagintweit: **Technika rozpoznania, operacyi i postępowania z moczowodem przy gruźlicy nerek.** (Technik der Diagnose, Operation und Harnleiterbehandlung bei Nierentuberculose. 1912, str. 143, Lehman Monachium Cena 4 Mk). Autor, o nazwisku, nie obcem dla intecych się urologią, zdaje sprawę ze swych osobistych doświadczeń i spostrzeżeń z dziedziny gruźlicy nerek i kreśli w krótkich dobitnych rysach całokształt sprawy. Własny materyał S obejmuje 108 przypadków, z tych 32 operowanych. S. jest wyraźnym zwolennikiem poglądu, że gruźlica jest schorzeniem zstępującem: nerka, moczowód, pęcherz, w razie szerzenia się sprawy z prądem moczu. Uznaje jednak możliwość szerzenia się sprawy na drodze naczyń chłonnych, narządu moczowopłciowego i podnosi, że w tych razach ustaje powyższa, już zdawało się ustalona, a tak pożądana, prawidłowość.

Trafnie i barwnie skreślone są rozdziały o symptomatologii gruźlicy nerek. S. daje cenne wskazówki o objawach, mogących lekarzowi praktycznemu nasunąć podejrzenie, że chodzi o gruźlicę nerek i spowodować wczesne odesłanie chorego do specyalisty zamiast bezowocnej walki z upartym »katarem« pęcherza. Z dziedziny metod badania zaznaczę, że S. jest zwolennikiem próby indygowej, którą stosuje w formie 10 cm³ rozczynu 10% (!) śródmięśniowo lub śródżylnie.

Trochę nieprawdopodobnie wygląda twierdzenie, że można się cystoskopem zoryentować w pęcherzu o pojemności już 30 cm³.

S. jest stronnikiem wczesnej ile możności nefrektomii i leczeniu zachowawczemu znaczenia nie przypisuje.

Szczegółowy opis techniki wycięcia nerki nie daje nic nowego. Uderza tylko śmiałość S., który pozostawiwszy na szypule nerki duże kleszcze tętnicze (postępowanie, znane w razie niemożności dokładnego wyosobnienia i podwiązania szypuły naczyniowej), zdejmuje je już na 2—4 dzień! Postąpił tak w 5 przypadkach z dobrym wynikiem. Można przypuścić, że wkrótce krwotok skłoni S. do pozostąwiania kleszczy w ranie znacznie dłużej.

W postępowaniu z moczowodem stwierdza S. przedewszystkiem, że zwykłe podwiązanie i obcięcie przeważnie wystarcza i że przetoki, które powstają następowo, zawsze prędzej czy później się goją, wyjątkowo tylko zmuszając do wtórnego wycięcia resztki moczowodu. Szczegółowo opisane są sposoby, dążące do leczenia pozostawianego w ustroju odcinka moczowodu po wszyciu go do rany. O potrzebie zupełnego wycięcia moczowodu razem z częścią ściany pęcherza wyraża się S. sceptycznie, zaznaczając, że jest to zabieg bardzo ciężki, a mało usprawiedliwiony, boć w pęcherzu zmiany gruźlicze przecież pozostają.

Zupełnych wyleczeń po operacyi ma S. na 32 przypadki — 8 (25%); znacznych polepszeń (bez bólów pęcherza, ale prątki w moczu) — 11; polepszeń 7, bez poprawy 2. Zmarło 4.

Doc. Dr Z. Radliński.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Audebert: **Padaczka a ciąża** (Gyn. Rundschau Nr 18 1912). Autor opisuje przypadek ciąży u osoby cierpiącej na padaczkę, gdzie po próbach leczenia zachowawczego musiał przerwać ciążę ze względu na ciężki stan chorej. Po przerwaniu ciąży nastąpiła znaczna poprawa. A. Markowa.

Chirié: **Ciałko żółte, a wymioty niepowściągłe.** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 19). Opisując przypadek śmierci 30-letniej kobiety w trzecim miesiącu trzeciej ciąży wskutek wymiotów niepowściągłych, przytacza autor wynik badania histologicznego części rodnych i łożyska. W ciałku żółtem, przedstawiającem obraz zmian wstecznych, znalazł Ch. torbiel. Obraz ten potwierdza według Ch. badania Potteta, który w 4 przypadkach śmierci wskutek wymiotów niepowściągłych znajdował uszkodzenie ciałka żółtego.

A. Markowa.

Nohl: **W sprawie etyologii i leczenia połogowego zapalenia sutka** (Med. Klinik 1912 Nr 46). N. jest tego zdania, że w każdem zapaleniu sutka podstawą jest zastój pokarmu i dopiero następowo dołącza się do tego zakażenie. Przy szczelinach i pęknięciach brodawki ssanie jest bolesne i to jest przyczyną złego opróżniania piersi, zastoju pokarmu, a potem dołącza się zakażenie. Zapobiegawczo powinno się więc leczyć wszelkie ranki brodawki (maść naftalanowa, anestezynowa, lapis i t. p.) ew. używać czapeczki ochronnej, a pierś regularnie opróżniać, w razie potrzeby z pomocą dzwonu Biera. Nawet gdy pierś puchnie, należy ją 2—3 razy dnia opróżnić; dziecko może ssać dalej, w przerwach zaś robimy okłady i zalecamy leżenie w łóżku. Nawet po przecięciu ropnia ograniczonego może dziecko ssać dalej. Bezwarunkowo zaś powinno dziecko ssać dalej z drugiej piersi zdrowej przez cały czas choroby jednej piersi; uniknie się przez to na pewno przeniesienia się sprawy zapalnej na stronę drugą. Zupełnie

niesłusznem jest wczesne nacinanie, nawet gdy ropy nie ma. Oczywiście gdy wykażemy ropę, trzeba zaraz nacinać. (Zapatrywania autora są zbyt optymistyczne. Obecnie nikt już nie radzi leczyć zapaleń sutka dzwonem Biera bez nacięć, bo może to doprowadzić do groźnych następstw. Także zbyt wielka ufność w leczenie zachowawcze i zwlekanie z operacyą, doprowadzić może do nader przykrych powikłań. Przypisek sprawozdawcy). K.

Koch i Klein: **W sprawie leczenia krwawiączki u kobiet** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 16). Ponieważ przy krwawieniach z narządu rodnego na tle krwawiączki (haemophilia) zwykłe środki ściągające zawodziły, lub działały przemijająco, poczęto takim chorym wprowadzać bądź śródżylnie, bądź śródmięśniowo surowicę, zresztą rozmaitego pochodzenia (przeciwbłoniczą, prawidłową, króliczą, końską, ludzką i t. d.). W podobnym przypadku Koch i Klein wprowadzili i wstrzyknęli krew położnicy w ilości 15 cm^3 w mięśnie pośladkowe. Wynikiem było uleczenie chorej. Ten dobry wynik da się wytłomaczyć tem, że wprowadzanie surowicy czy też krwi odwłóknionej albo dostarcza ustrojowi chorej istot, których mu brak, to znaczy leukocytów i ciał, wywołujących krzepnięcie, albo samo jako takie wywołuje leukocytozę (w przypadku autorów ilość leukocytów podniosła sie z 5000 na 12.000). Nie można również odrzucić przypuszczenia, że już istniejąca leukocytoza w krwi położnicy przyczyniła się do uleczenia. Pomimo tak dodatniego wyniku autorowie podkreślają, że w żadnym przypadku nie należy zaniedbywać leczenia miejscowego środkami ściągającymi i ewentualnie tamponadą. A. Markowa.

Hofbauer: **O plastyce pochwy** (Münchn. med. Woch. 1912 Nr 46). Próby w kierunku plastyki pochwy przy zupełnym jej braku mają za podstawę wytworzenie światła w przegrodzie łącznotkankowej między pęcherzem a kiszką stolcową i wysłanie go nabłonkiem. Zwrot w metodzie tej nastąpił, gdy do wysłania światła poczęto się posługiwać jelitem. Istnieją tu dwie główne metody, zależnie od tego, czy do plastyki pochwy używa się kiszki grubej, czy jelita cienkiego. Ta druga metoda, Haeberlin-Baldwina, połączona z dużem niebezpieczeństwem dla operowanych, daje jednak dobry i trwały wynik, jak o tem świadczy przypadek, opisany przez autora. A. Markowa.

Kroemer: **O łagodzącem leczeniu raków jajnika i guzów wątpliwych pod względem anatomicznym.** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 17). W zaniedbanych przypadkach guzów jajnika, bądź rakowatych, bądź »wątpliwych pod względem anatomicznym« (Pfannenstiel), połączonych z licznymi przerzutami i obecnością wolnego płynu w jamie otrzewnej, stosowano po laparotomii próbnej jedynie leczenie łagodzące (paliatywne). Polegało ono na usunięciu płynu, sączkowaniu jamy brzusznej, a o ile były powikłania ze strony przewodu pokarmowego, na enteroanastomozie, utworzeniu odbytu sztucznego i t. d. Autor opisuje przypadek, gdzie guzy jajników miały nie-złośliwy typ gruczolaka, a przerzuty w sieci, o charakterze raka, wywołały puchlinę brzuszną. W przypadku tym zostawił K. pierwotne guzy, zresekował sieć, która tworzyła jeden wielki guz, osączkował jamę brzuszną i chora opuściła klinikę w stanie względnie bardzo dobrym. Podobnie postąpił K. w przypadku, gdzie samorodnie nastąpiło obumarcie pierwotnych guzów jajników; wynik był również dobry. Natomiast przy torbielaku (kystoma pseudomucinosum) z przerzutami zabieg powinien być zupełnie doszczętnym. A. Markowa.

Thorn: **W sprawie gruźlicy wstępującej w narządach rodnych niewieścich** (Gyn. Rundschau Nr 16, 1912). Autor opisuje przypadek pierwotnego zakażenia ciężarnej macicy prątkami gruźliczymi. W przypadku tym, zdaniem autora, zakażenie nastąpiło przez spółkowanie, chociaż badania narządu rodnego męża chorej, chorego na gruźlicę płuc, nie wykonano. W obronie swojego poglądu, że pierwotne zakażenie gruźlicze narządu rodnego niewieściego drogą pochwy wogóle może się zdarzać, jakkolwiek dzieje się to bardzo rzadko, przytacza Th. przypadek, opisany przez Simmondsa (endometritis tuberculosa, jako pierwotna i jedyna zmiana u żony osobnika, chorego i zmarłego na gruźlicę). Co do mechanizmu tego rodzaju zakażenia istnieje cały szereg poglądów, tłómaczących wtargnięcie prątków do jamy macicy lub do jajowodów, że przytoczymy tu przypuszczany przez Junga ruch przeciwrobaczkowy macicy i jajowodów, lub przyjmowane przez Tugimurę wessanie (Ansaugung) bakteryi. Za »conditio sine qua non« zakażenia jamy macicy uważa Baumgarten powstanie w niej zastoju wydzieliny. Autor przypomina wobec tego istnienie wykazanych w przewodach śluzowych prądów wstecznych przybrzeżnych (Randstrom), który wykazał Bond co do przewodu pochwa-macica-jajowód. Temu prądowi wstecznemu i będącemu z nim w związku wstępowaniu drobnoustrojów należy w etyologii zakażenia zakończenia danego przewodu śluzowego większą przypisać rolę. Być może zaś, że do powstania takiego prądu przyczynia się rodzaj wessania (Ansaugung), które ze swojej strony zależeć może od rozmaitych okresów oddychania. A. Markowa.

Sternberg: **W sprawie rozpoznawania wiewióra u kobiet zapomocą szczepionki** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 18). Na zasadzie doświadczenia, obejmującego 278 przypadków, twierdzi autor, że stosowanie szczepionki gonokokowej ma olbrzymią doniosłość rozpoznawczą, tem więcej, że jest łatwo dostępne zarówno dla klinicysty, jak i dla lekarza-praktyka. Że szczepionki, której 1 cm^3 zawiera 100 milionów zabitych dwoinek wiewiórowych, stosował autor 0,3 cm^3; w przypadkach, gdzie dawka ta nie wystarczała — 0,6 cm^3. Gdy jednak po tej dawce występowały silne objawy ogólne, przystępował autor do uodporniania czynnego dopiero po pewnym czasie. Leczenie wpływało dodatnio szczególniej na zrosty, ruchomość i bolesność macicy. A. Markowa.

Hörrmann: **O konieczności zapobiegawczego wycinania wyrostka robaczkowego przy zabiegach ginekologicznych** (Münchn. med. Woch. 1912 Nr 46). Autor jest zwolennikiem usuwania wyrostka robaczkowego przy każdej operacyi ginekologicznej. Wejrzenie makroskopowe wyrostka nie daje miary stanów patologicznych, jakie w nim mogą się znaleźć, a lekarz jest powołany nietylko do leczenia chorób, lecz i do zapobiegania im, gdzie może to uczynić bez szkody dla chorego. W 91 przypadkach na 208 laparotomii, gdzie resekował wyrostek robaczkowy, nie miał H. żadnych powikłań, natomiast pozornie zdrowy wyrostek okazywał różne stany patologiczne, między innemi ogniska nabłonkowe, nowotworowe, nad których właściwą przyrodą dyskusya jeszcze nie jest zamknięta. Przeciwwskazaniem do wycięcia wyrostka jest późny wiek chorych, wszelkie wskazania do pośpiechu, nowotwory złośliwe, konieczność cięcia skomplikowanego. A. Markowa.

Bartram: **O zawartości drobnoustrojów w polu operacyjnem przy laparotomii i znaczeniu jej dla przebiegu pooperacyjnego** (Gyn. Rundschau 1912 Nr 17). Autor badał w 100 przypadkach laparotomii pole operacyjne co do zawartości drobnoustrojów, ażeby stwierdzić, o ile wynik badania bakteryologicznego może być zużytkowany dla rokowania co do przebiegu pooperacyjnego i jakie praktyczne zastosowanie takie rokowanie mieć może. W 46 przypadkach posługiwał się B. metodą Liepmana, ponieważ jednak nie jest ona bez zarzutu, przeto w innych 54 przypadkach stosował metodę własną. Materyał operacyjny obejmował przypadki raka, gruźlicy, zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia części dodatkowych macicy, włókniaki i t. d. Badania wykazały, że o ile w polu operacyjnem znajdował się gronkowiec, to dla dalszego przebiegu było obojętnem, czy usadowił się on pierwotnie w tkance okołomacicznej, czy też dostał się tam z pochwy, i że naogół zarodki, pochodzące z powietrza, w stosunku do pochodzących z pochwy były prawie obojętne. Naj

większy odsetek zakażenia gronkowcem, pochodzącym z tkanki okołomacicznej, dawały operacye raka, następnie te, gdzie otwierano pochwę. W innych przypadkach znajdowano gronkowca w polu operacyjnem rzadko. Wynik badania bakteryologicznego pozwala na pewne wnioski co do rokowania, zarówno co do życia, jak i co do czasu trwania leczenia, a mianowicie rokowanie jest zupełnie dobre, gdy wszystkie hodowle są jałowe; jednakowoż obecność paciorkowca i innych zarazków (z wyjątkiem gronkowca) nie pogarsza rokowania w stopniu znaczniejszym. Przy obecności gronkowca rokowanie jest wprawdzie wątpliwe, lecz wynik sprawy nie da się na jego zasadzie przewidzieć. Te wskazówki, jakie daje badanie bakteryologiczne, otrzymujemy wtedy, gdy doświadczony klinicysta już i tak wie, w jakim kierunku rozwija się przypadek. Że zaś badanie to nie daje żadnych wskazówek leczniczych i że o losie operowanego stanowi bądź co bądź zabieg operacyjny, zatem bakteryologiczne badanie pola operacyjnego przy zabiegach ginekologicznych ma wartość bardzo ograniczoną. Czy badanie pierwotnej zmiany rakowej co do zawartości zarazków przed zabiegiem zmieni co w tym względzie, — wykażą dalsze spostrzeżenia.

A. Markowa.

Mayer: **O dających się anatomicznie stwierdzić różnicach w odporności jamy brzusznej na zakażenie.** (Münchn. med. Woch. Nr 46, 1912). Badając histologicznie otrzewnę w 80 przypadkach, nie mógł M. znaleźć żadnego typu, który dałby się wprowadzić w związek z wiekiem, stanem odżywienia chorych, z rodzajem schorzenia ginekologicznego i ewentualnym przebiegiem pooperacyjnego zapalenia otrzewnej. Sieć należy uważać zdaniem M. za narząd ochronny dla jamy brzusznej, ale ocena sprawności sieci w tym względzie nie może się opierać na badaniu histologicznem. A. Markowa.

Kehrer: **Chirurgia bezpłodności** (Münchn. med. Woch. 46, 1912). Autor, dając przegląd etyologii i leczenia bezpłodności, wymienia przeszczepianie jajników, względnie jąder przy anowulii i azoospermii, częściowe zresekowanie jajnika przy jego guzach, salpingotrezyę przy zamknięciu ujścia jajowodu, »canalisatio uteri« przy nieżytach macicy i t. d.; podaje przytem ocenę każdego z tych zabiegów. A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 20. XI. 1912 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych 60.

Na wstępie prezes poświęcił wspomnienie zmarłemu Dr Norbertowi Gertlerowi. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

1) Dr Kostrzewski przedstawia dodatni **objaw Donath-Landsteinera** w surowicy krwi chorego na hemoglobinuryę napadową, pozostającego w leczeniu w klinice lekarskiej. Objaw Landsteinera dowodzi, że w hemoglobinuryi napadowej chodzi nie o zmienione własności krwinek czerwonych, ale o nieprawidłowe własności surowicy (osocza) krwi. Surowica takich chorych posiada własność rozpuszczania krwinek czerwonych ludzkich, i to osób zarówno dotkniętych powyższą chorobą, jakoteż nie cierpiących na nią. Własność surowicy polega na współdziałaniu dopełniacza i dwuchwytnika. Dlatego unieczynniona przez $^1/_2$ godziny przy 56° C surowica nie rozpuszcza krwinek. Krwinki uczulone unieczynnioną surowicą z przypadku hemoglobinuryi napadowej można uczynnić surowicą człowieka zdrowego, czyli dopełniaczem, znajdującym się w prawidłowej surowicy ludzkiej. W surowicy w przebiegu hemoglobinuryi napadowej nieprawidłową rzeczą jest dwuchwytnik na krwinki ludzkie, odznaczający się szczególnemi własnościami, a mianowicie temi, że łączy się z krwinkami dopiero w ciepłocie 0° C lub nieco powyżej 0°. Dlatego, aby otrzymać zjawisko Landsteinera, należy surowicę + krwinki przed wstawieniem do cieplarki (37° C) przez $^1/_2$ godziny trzymać w wodzie lodowej; surowica (z przypadku hemoglobinuryi napadowej) + krwinki, wstawiona do cieplarki bez uprzedniego oziębienia, nie rozpuszcza krwinek.

Powyższe własności nie są wyłączną cechą surowicy krwi chorych na hemoglobinuryę napadową, bo niektóre surowice chorych na porażenie postępowe posiadają te same własności. Ponieważ zaś u chorych na porażenie postępowe, których surowica posiada własności te same, co chorych na hemoglobinuryę napadową, nie da się przez oziębienie ustroju wywołać napadu hemoglobinuryi, stąd wniosek, że powyższe własności surowicy nie tłomaczą wyczerpująco patogenezy hemoglobinuryi napadowej. Prócz własności surowicy krwi odgrywa rolę jeszcze inny czynnik, dzisiaj bliżej jeszcze nie znany, a jak powszechnie autorowie przyjmują, jest nim stopień sprawności układu naczynioruchowego. Jednakże podobne własności surowicy krwi chorych na hemoglobinuryę napadową i niektórych chorych na porażenie postępowe wskazują na jednolite tło jednego i drugiego schorzenia, t. zn. kiłę przebytą, a Landsteiner wspomina o dwu przypadkach hemoglobinuryi napadowej, z których w jednym potem wystąpiło porażenie postępowe, a w drugim wiąd rdzenia.

2) Prof. K. Majewski przedstawia **niezwykłą postać drżenia gałek ocznych.** Chory podaje, że w latach szkolnych zaczął doznawać zaburzenia wzroku, polegającego na chwilowych, bardzo krótkotrwałych zamgleniach. W chwilach takiego zamglenia zauważono u niego drżenie gałek ocznych. Objaw ten występuje u niego częściej i silniej pod wpływem zmęczenia wzroku czytaniem. I tak okresy pogorszenia przypadają na czas, kiedy przygotowuje się do egzaminów. Badanie wykazuje na obu oczach brak jakichkolwiek zmian zewnętrznych, środki łamiące obustronnie przeźroczyste, dno oczu prawidłowe. Ruchomość powiek i gałek ocznych zupełnie prawidłowa. Heteroforyi nie ma. Obie gałki oczne popadają w odstępach czasu, trwających od kilkunastu sekund do kilku minut, w skojarzone bardzo szybkie drżenie, trwające najwyżej $^1/_4$ sekundy, a złożone z kilku (5—8) bardzo szybkich poruszeń, odbywających się w płaszczyźnie poziomej, a więc dookoła osi pionowej. W chwili takiego złożonego drgnienia chory widzi wszystkie przedmioty poruszające się w kierunku poziomym tak szybko, że n. p. płomień lampy przedstawia mu się jako prawie jednolita wstęga pozioma. Przy wziernikowaniu w chwili drżenia oczów obraz dna oka zupełnie się zaciera.

W przypadku tym zasługuje na uwagę zupełnie wyjątkowy, przerywany typ drżenia i jego nadzwyczajna chyżość. Gdy zwyczajne drżenie oczu, czy to wrodzone, względnie w pierwszych latach życia z przyczyn optycznych powstające, czy nabyte, jak drżenie oczu u górników, albo drżenie oczu w przebiegu chorób nerwowych, — polega na ruchach wahadłowych, których ilość na minutę według Panasa rzadko dochodzi do 180, a według Niedena wyjątkowo przekracza 300 na minutę, to w przedstawionym przypadku szybkość drżenia jest tak wielka, że obliczona na minutę (5x4x60) wyniosłaby co najmniej 1200 wychyleń.

Przypadek przedstawiony wygląda na »tic convulsif« o niezwykłej siedzibie i będzie po przeprowadzeniu dodatkowych badań i po pewnym czasie obserwacyi ogłoszony drukiem.

3) Prof. Marchlewski: **Nowsze postępy chemii biologicznej.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi prof. E. Godlewski zwraca uwagę, że sprawy neowitalizmu, którą poruszył prof. Marchlewski, nie można wiązać wyłącznie z problemem syntezy ciał organicznych. W nowszej biologii cały szereg kwestyi podnie-

siony był przez badania z zakresu mechaniki rozwoju; rozwiązanie więc zagadnień, poruszonych przez prof. Marchlewskiego, nie obali bynajmniej sprawy neowitalizmu, rozstrzygnięcie tych problemów nastąpić musi na innem polu badań.

4) Dyskusya nad odczytem kol. Doc. Mazurkiewicza: **O asymetrycznych czynnościach kory mózgowej.**

Prof. Piltz: Na wstępie swojego wykładu kol. Mazurkiewicz podał klasyfikacyę chorób umysłowych, która wydaje mi się niesłuszną. W szczególności padaczki mojem zdaniem do czynnościowych chorób zaliczyć nie możemy. Już fakty, że padaczka samoistna występuje u dzieci alkoholików, że prowadzi do głębokiego zaniku władz umysłowych, że wreszcie epileptycy w stanie padaczkowym (status epilepticus) umierają, świadczą o tem, że podstawą padaczki muszą być zmiany organiczne w mózgu. Doświadczenie poucza nas, że przy sekcyi dotkniętych padaczką znajdujemy często już makroskopowe zmiany w postaci polioencephalitis, porencefalii, lub blizn pozapalnych mózgu. Przy padaczce samoistnej zaś istnieją zmiany w korze mózgowej. I tak w stanie padaczkowym opisano przekrwienia, naciek ścian naczyń krwionośnych i tkanki mózgowej leukocytami, wybroczyny i zmiany w samych komórkach nerwowych. Chaslin opisał w padaczce samoistnej proliferacyę i zgrubienie włókien gleju. Bleuler opisał rozrost gleju szczególniej w powierzchownych warstwach kory i nazwał ten proces »Randgliose«. Alzheimer jest zdania, że »Randgliose« jest objawem wtórnym, zjawiającym się wskutek zaniku kory mózgowej. Liczni badacze opisali przy padaczce samoistnej sklerotyczne zmiany w korze mózgowej w okolicy rogu Ammona. Nissl twierdzi, że te zmiany są tylko częścią ogólnego procesu, odbywającego się w całej korze mózgowej, tylko występującego w okolicy rogu Ammona wyraźniej, niż gdzieindziej. Nissl spostrzegał także w górnych warstwach kory mózgowej liczne i silnie rozwinięte komórki pająkowate, zmiany w komórkach nerwowych i w istocie międzykomórkowej. W każdym razie podstawą anatomiczną otępienia padaczkowego, tak często spotykanego w przebiegu padaczki samoistnej, jest ogólne ciężkie schorzenie kory mózgowej. O tem, ażeby wyżej przytoczone zmiany w mózgu mogły być skutkiem napadów drgawek, a nie ich przyczyną, nikt z przytoczonych autorów nawet nie myśli. Okresowość w występowaniu objawów chorobowych w padaczce samoistnej nie przeczy istnieniu stałych zmian w mózgu tak samo, jak ten fakt, że bóle głowy, wymioty, zawroty głowy przy nowotworze mózgu występują tylko okresowo, nie przemawia przeciwko istnieniu nowotworu w mózgu. To samo odnosi się naturalnie i do okresowo występujących objawów psychicznych. Z tych wszystkich powodów, mojem zdaniem, padaczkę swoistą należy uważać za chorobę organiczną kory mózgowej i do chorób czynnościowych, jak to czyni prelegent, zaliczać się jej nie powinno.

Prof. K. Majewski: Pozwolę sobie zwrócić uwagę kolegów na istnienie w zakresie narządu wzroku pewnej asymetryi czynnościowej, mającej niewątpliwie swe źródło w ośrodkach nerwowych i stanowiącej wymowną ilustracyę do sprawy asymetrycznych czynności półkul mózgowych, poruszonej przez kolegę Mazurkiewicza. O ile widzenie obuoczne służy do odczuwania bryłowatości ciał, perspektywy, a poniekąd także do oceniania odległości przedmiotów, o tyle, gdy chodzi o należyte ocenienie kierunku widzenia, bezsprzeczną wyższość nad widzeniem obuocznem ma patrzenie jednem okiem. Dlatego to strzelec, celując, zazwyczaj jedno oko przymyka. Przy prawidłowem patrzeniu dwoma oczyma istnieją dwa promienie kierunkowe. Stąd projekcya obustronnych wrażeń siatkówkowych byłaby niemożliwą, gdyby nie to, że nawet mając obydwa oczy otwarte, posługujemy się do projekcyi zazwyczaj jednem tylko okiem, i to najczęściej już stale jednem i temsamem. To oko, które obieramy sobie bezwiednie za punkt wyjścia przy patrzeniu obuocznem, nazywamy za Javalem okiem kierującem (oeil directeur). Takie uprzywilejowanie jednego oka można z łatwością wykazać zapomocą następującego prostego doświadczenia: Bierzemy długi ołówek do ręki, przyczem jest rzeczą obojętną, do prawej, czy do lewej, i patrząc obydwoma oczyma, ustawiamy go szybko jednym rzutem tak, aby zakrył jakąkolwiek linię pionową, n. p. krawędź muru, pionową ramę okna, i t. p. Gdy następnie zmrużymy naprzemian najpierw jedno, potem drugie oko, przekonamy się, żeśmy ołówek ustawili na linii kierunkowej jednego z nich, n. p. prawego oka, bo przymknąwszy lewe widzimy, że ołówek, trzymany nieruchomo, przykrywa dokładnie ową krawędź, przymknąwszy zaś prawe, spostrzegamy ołówek ustawiony znacznie na prawo w porównaniu z krawędzią, a to dlatego, że nie leży bynajmniej na linii widzenia otwartego w tej chwili oka lewego. Próby takie, wykonywane na wielkiej liczbie osób o prawidłowych oczach i równych tak pod względem bystrości wzroku, jak i refrakcyi, wykazują, że istotnie okiem kierującem bywa najczęściej oko prawe, o wiele zaś rzadziej oko lewe, ale zachodzą przypadki bądź takie, których projekcya jest chwiejną, to znaczy, gdzie do celowania bywa używane zupełnie przypadkowo raz jedno, raz drugie oko, bądź też nawet takie, gdzie badany ustawia ołówek na linii pośredniej, nie wychodzącej ani z jednego, ani z drugiego oka, lecz bądź to przebiegającej w płaszczyźnie środkowej, bądź też zbliżonej bardziej do prawego lub do lewego oka. Dodać jednak trzeba, że w tych ostatnich przypadkach projekcya jest znacznie mniej pewną, aniżeli wtedy, gdy kieruje nią stale jedno albo drugie oko. Jest rzeczą ciekawą, że w przypadkach, gdzie oczy są nierówne, niezawsze oko lepsze jest kierującem, lecz czasem właśnie oko, mniejszą bystrością wyposażone, spełnia tę czynność. Ogromna przewaga liczebna przypadków projekcyi z prawego oka nasuwa przypuszczenie, że zachodzi tu analogia z przewagą prawej ręki nad lewą. Z faktów tych wynika, że jeśli nie zawsze, to prawie zawsze, obok prawidłowego widzenia obuocznego istnieje osobny mechanizm nerwowy widzenia jednoocznego, poświęcony wyłącznie na usługi projekcyi wrażeń wzrokowych.

Następnie przemawiali prof. Kader i Dr Hirsch.

Doc. Mazurkiewicz w zupełności się zgadza z prof. Piltzem, że przytoczone przez niego przypadki padaczki objawowej należą istotnie do kategoryi organicznych chorób, których szereg mógłby być jeszcze przedłużonym. Ale M. wspomniał w swym odczycie o tych przypadkach padaczki swoistej, przy których dotąd żadnych zmian anatomicznych nie znaleziono. Badania Alzheimera i innych bezwątpienia zwęziły zakres padaczki czynnościowej, ale nie udowodniły jeszcze wcale, że padaczka czynnościowa wogóle nie istnieje. Przymiotnik »czynnościowy« oznacza tu tylko brak naszej wiedzy o zmianach anatomicznych i skoro ich w pewnej ilości przypadków istotnie jeszcze nie znajdujemy, to nie powinniśmy ich nazywać organicznymi. Co do pytania, postawionego przez prof. Kadera, to zdaniem M. zastępczo jedna półkula może działać za drugą, ale nie w każdej czynności jednakowo. O zastępstwie zniszczonych w jednej półkuli dróg lub pól rzutowych wogóle nie może być mowy. Zastępcza czynność drugiej półkuli w przypadkach niemoty ruchowej jest w każdym razie nieznaczną, a w niektórych razach napewno wcale nie istnieje, mianowicie w przypadkach trwałej i zupełnej niemoty ruchowej. Większa zdolność zastępcza zdaje się istnieć przy niemocie czuciowej, a największa w przypadkach niemoty ruchowej i czuciowej u dzieci, ponieważ ich półkule mózgowe nie zdołały się jeszcze przez ćwiczenie tak zróżniczkować, jak u dorosłych. Znane są przypadki całkowitego zniszczenia ośrodka Broca u dzieci, u których jednak z czasem następowała zupełna restytucya zdolności mówienia. Niemota zaś czuciowa występuje u dzieci prawie tylko przy dwustronnych ogniskach. Kol. Hirschowi odpowiada M., że istotnie u dzieci-mańkutów, kształconych na praworękich,

często spotykano jąkanie i późny rozwój mowy, zależący, być może, od współzawodnictwa obu półkul o przewagę, i możliwe jest, że w takich razach lepszem jest dalsze kształcenie raczej lewej ręki. Dotychczas jednak nic pewnego w tej sprawie wychowawczej powiedzieć nie można.

Sekretarka doroczna: A. Markowa.



†

Profesor Dr Antoni Kryszka.

Kiedyśmy przed kilku tygodniami święcili pięćdziesięciolecie Szkoły głównej warszawskiej i składali hołd weteranom jej grona profesorskiego, nikt nie przypuszczał, że tak rychło przyjdzie pożegnać najstarszego z nich, sędziwego profesora Kryszkę. Schodzi z nim do grobu »ostatni z uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego z czasów Rzeczypospolitej krakowskiej i ostatni z wychowańców Akademii medyko-chirurgicznej wileńskiej«, znika ostatni »żywy łącznik czasów naszych z dawnem pokoleniem, które jeszcze w stolicy Litwy wyższe studya odbywało, które na własne oczy widziało i na własne uszy słyszało profesorów wileńskich, z katedr nauczających« *).

Urodzony w r. 1818 w Radomiu, rozpoczął ś. p. Kryszka studya lekarskie w Krakowie, kontynuował je po dwuletniej przerwie w Wilnie, a ukończył ze stopniem lekarza I. klasy w r. 1843 w Dorpacie. W r. 1849 otrzymał od Rady lekarskiej Królestwa polskiego dyplom doktora medycyny i w tymże roku został mianowany lekarzem szpitala św. Rocha w Warszawie, gdzie też od r. 1852 aż do r. 1880 zajmował stanowisko lekarza naczelnego. W 40. roku życia powołany został na katedrę w Akademii medyko-chirurgicznej warszawskiej (w r. 1858). Przez rok wykładał fizyologię, a następnie terapię ogólną, materyę medyczną i recepturę. W Wydziale lekarskim Szkoły głównej objął katedrę farmakologii, którą zajmował następnie długie lata w Uniwersytecie warszawskim, dopóki — jak i innych profesorów Polaków — rusyfikacya uniwersytetu nie usunęła go ze stanowiska profesorskiego.

Działalność dydaktyczna prof. Kryszki pozostawiła wśród jego uczniów jaknajlepsze wspomnienie. Działalność piśmiennicza jego sięga jeszcze w pierwszą połowę zeszłego wieku. Należą tu rozprawy: »Wsiękanie« (Tygodnik lek. [warszawski] 1848 Nr 14), »Pośmiertne drgania u cholerycznych« (Tamże 1849 Nr 49), »Co jest choroba?« (Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1851), »Szczególny stan i położenie przewodów jajecznych« (Tamże 1852), »Uwagi nad zimnicami« (Tamże 1852), »Pęknięcie serca« (Tamże 1853), »O cholerze w r. 1852« (Warszawa 1853), »O leczeniu zapalenia płuc zapomocą puszczania krwi« (Tygodnik lek. 1858 Nr 9), »Statystyka zapaleń płuc w szpitalu św. Rocha w Warszawie« (Tamże 1863 Nr 39), »O kąpielach lekarskich« (Tamże 1866), »Klimat« (Tamże 1867), »O ciśnieniu atmosferycznem ze względu na leczenie wodami mineralnemi« (Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1865), »Słowo o leczeniu pierwotnej syfilidis« (Tamże 1870). Te obie ostatnie rozprawy ogłosił także po niemiecku (Wochenbl. der Gesellschaft der Ärzte in Wien 1865 i 1867). Jakość i — na owe czasy — pokaźna ilość tych rozpraw świadczy, jak ś. p. Kryszka pojmował swe obowiązki.

Ale jeszcze wymowniej dowodzą tego jego podręczniki, których napisał i wydał cały szereg. Są to: »Mechanika życia ludzkiego, czyli budowa ciała i sprawy żywotne« (Warszawa 1853, str. III. + 290), »Poszukiwania patologiczne czyli sposoby uskuteczniania ich przy łóżku chorego« (Warszawa 1854), »Chemiczne sprawy żywotne« (Warszawa 1858, str 322), »Rys fizyologii ludzkiej« Warszawa 1863, str. VIII + 477), »Receptura czyli nauka pisania recept« (Warszawa 1865, str. II + 194).

Jako kierownik szpitala św. Rocha zdawał sprawę z działalności tego szpitala w szeregu dorocznych publikacyi (Pamiętnik Tow. lek. warsz. 1853—1856); ogłaszał także sprawozdania z czynności Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (Tamże 1851—1853).

Ostatnie lata swego długiego a pracowitego żywota spędził w ciszy, nie zapomniany jednak przez swych wychowańców, dziś już także poważnych latami i zasługą dla społeczeństwa, a zachowujących profesora Kryszkę w żywej i wdzięcznej zawsze pamięci.

R.

*) Adam Wrzosek: W pięćdziesiątą rocznicę założenia Szkoły głównej warszawskiej Przegl. lek. 1912. Nr 47, str 674.

II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie.

(20, 21, 22 i 23 grudnia 1912).

Wszystkie posiedzenia Zjazdu, nie wyjmując pierwszego posiedzenia inauguracyjnego, odbywać się będą w Klinice neurologiczno-psychiatrycznej (ul. Kopernika 46).

Zebranie towarzyskie wieczorem w przeddzień Zjazdu, 19. XII., odbędzie się w salach Grand-Hotelu.

Odroczenie XVIII Zjazdu chirurgów polskich.

Otrzymujemy następujące pismo:

Stosując się do życzenia z kilku stron wyrażonego, odraczam XVIII Zjazd chirurgów polskich do czasów spokojniejszych, bardziej pracy naukowej sprzyjających. Termin, dogodniejszy od obecnego, zostanie w swoim czasie ogłoszony.

L. Rydygier, prezes.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Wielka Podjaczeska 31 (Russkij Wracz), Dr Fr Veselý, Brno na Morawach (Časopis lek. českych), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«) anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie); Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47 a) (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, (Monatschrift für Kinderheilkunde), Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-

Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekologiczno-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt), Dr Turzański Jarosław (Mediz. Klinik); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), wraz z Dr M. Biehlerową, Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 11. XII. b. r. posiedzenie, na którem prof. Gliński przedstawił okaz trojakiego w jednym przypadku nowotworu części rodnych niewieścich, Dr Z. Wachtel jun. przedstawił zastosowanie benzolu w białaczce, Dr Rosenhauch i Dr Zubrzycki przedstawili chorych, poczem odbył się wykład Dra Nowaczyńskiego.

— Od jesieni r. b. zorganizowały się w szpitalu św. Łazarza posiedzenia naukowe lekarzy szpitalnych. Posiedzenia te odbywają się raz na miesiąc, a składają się ze sprawozdania poglądowego i demonstracyi. Trzecie z rzędu posiedzenie odbyło się 13 b. m. Sprawozdania z tych posiedzeń pomieścimy wkrótce w „Przeglądzie lekarskim".

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiell. uchwalił urządzić kursa samarytańskie.

— Krakowski oddział Towarzystwa »Czerwonego krzyża« uchwalił podjąć kroki celem budowy własnego gmachu. Na wniosek prof. Dr Brauna postanowił Zarząd oddziału wejść w porozumienie z Towarzystwem »Samarytanin polski« co do urządzenia kursów samarytańskich.

— W Tarnowie urządził Dr Szatkowski kurs samarytański, na który zgłosiło się odrazu kilkudziesięciu uczestników.

— „Koło medyków wszechnicy lwowskiej" miało w r. 1911/12 4033 k. funduszów, 7359 kor. dochodu, a 6960 kor. wydatku. Z funduszów największym jest fundusz Domu medyków, wynoszący 4034 kor. Pośrednictwo w sprzedaży podręczników lekarskich dla członków miało 5897 k. dochodu i rozchodu. Biblioteka liczyła 1079 dzieł. Koło urządziło podobnie, jak w latach poprzednich, kursa samarytańskie publiczne. Na wiecach młodzieży poruszało potrzeby wszechnicy lwowskiej w zakresie zakładów lekarskich. Dalej podjęło się Koło z ramienia Towarzystwa studenckiego »Ogniwo« opracować program studyów na wydziałach lekarskich polskich. W łonie swojem urządzało Koło odczyty, repetytoryum anatomii, ogłosiło konkurs na pracę naukową; dalej udzielało swym członkom pożyczek i t. d.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Bolesław Siwiński, rodem z Warszawy i p. Józef Sołtysik ze Lwowa.

— Kalendarz lekarski krakowski na r. 1913 najlepiej zamawiać wprost u jego redaktora, Dr A. E. Klęska (Wolska 9). Ekspedycya następuje wtedy niezwłocznie.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. XII. do 7. XII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (obcych 3 † —), krztuśca —, ospy wietrznej —, płonicy — † — (2 † —), odry 4 † — (1 † —), duru brzusznego 2 † — (— † —), czerwonki 1 † — (— † —), róży —, kuru —. Dr Janiszewski.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« ogłosiła konkurs im. prof. E. Biernackiego na monografię z zakresu patologii ogólnej i medycyny wewnętrznej z nagrodą 200 rubli, a terminem do 1 stycznia 1914.

— Dr Antoni Gabszewicz, długoletni ordynator oddziału chirurgicznego szpitala św. Rocha, mianowany został lekarzem naczelnym tego szpitala.

— Zapis ś. p. Dr M. Kulikowskiego (25.000 rb.) przeznaczony jest na budowę drugiego skrzydła sanatoryum dla piersiowo chorych w Rudce.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 2. XII. do 9. XII. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy —, duru wysypkowego —, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Lekarze czescy uzyskają wkrótce dzieło, dające się porównać z naszym „Słownikiem lekarzy polskich" Kośmińskiego, mianowicie „Almanach českych lekarů". Almanach ten obejmie życiorysy i portrety 950 lekarzy czeskich, którzy pracowali piśmienniczo, począwszy od XIV w. aż do ostatniej doby. Wśród portretów będą wizerunki profesorów uniwersytetu warszawskiego i krakowskiego. Cena dzieła wynosić będzie 20 k., w przedpłacie 10 k.

— Jak słychać, nastąpić ma w obowiązkach wojskowych słuchaczy medycyny w Austryi niezadługo korzystna zmiana. Mianowicie słuchacze medycyny będą odbywać służbę wojskową w ten sposób, że pierwsze trzy miesiące odsługiwać mają w czasie feryi uniwersyteckich, resztę zaś po ukończeniu studyów. W ten sposób unikną przerwy studyów, powstającej dotychczas przez pierwsze półrocze służby (pod bronią), a z wielu względów nadzwyczaj niedogodnej.

Mianowani: asystentami Uniw. w Krakowie: p. Karol Hessek przy katedrze biologii, p. Stanisław Krawczyński przy katedrze higieny;

Prof. Schröder z Berlina dyrektorem kliniki neurol.-psychiatrycznej w Greifswaldzie.

Zmarli: dermatolog prof. Kopp w Monachium.

Sprostowanie. W Nrze 49. „Przeglądu lekarskiego" w artykule Dr Ostrowskiego, na str. 699 w szpalcie I, wiersz 6 od dołu zamiast „zaczerwienienie" czytaj „zczernienie", a na tejże stronie w szpalcie II, wiersz 7 od góry zamiast „czerwony" czytaj „czarny".

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. grudnia 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybory Zarządu Towarzystwa na r. 1913.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

Rok LI. Kraków, dnia 21. grudnia 1912. Nr 51

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Równocześnie obraduje właśnie w Krakowie Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Rzecz to znamienna; zebranie się Zjazdu specyalnego w rok po ogólnym Zjeździe lekarsko-przyrodniczym daje świadectwo spotężnienia polskiego ruchu naukowego w zakresie lekarskim w mierze, do niedawna jeszcze nie przypuszczanej. Snać zbliża się ta pożądana chwila, kiedy w wielu zakresach medycyny będzie potrzeba corocznych obrachunków naszego plonu, corocznej bezpośredniej wymiany zdań i szeregowania się na wspólne żniwo.

Już dla tego samego, jako dobrej wieści posłowi, jako zwiastunowi rosnącego poczucia konieczności zbiorowej pracy, należy się Zjazdowi serdeczne powitanie.

Ale są i inne powody, dla których Zjazd szczególnego wymaga zaznaczenia. Zbierając się wtedy, gdy tyle pamiętnych przypada rocznic i tyle niezwykłych rodzi się nastrojów, gdy całe społeczeństwo, silniej niż kiedykolwiek odczuwając tchnienie wielkiej przeszłości i niedolę teraźniejszości, jakby obliczało swe siły do zmierzenia się z zagadką przyszłości — Zjazd naukowy jest niejako wcieleniem przepięknych słów włodarza niezapomnianej Szkoły głównej o »trwożnej miłości«, jaką płonąć mamy dla najwyższych dóbr naszych, dla podstawy i niezawodnej na każdy przypadek ostoi naszego bytu, dla naszej kultury, dla rodzimej twórczości naukowej.

Zjazd psychologów, psychiatrów i neurologów polskich witamy w Krakowie po raz pierwszy. W gronie naszych zjazdów naukowych jeden z najmłodszych, jeden z niewielu, stworzonych i doszłych w Warszawie, a wolnych od bolesnego wspomnienia nie z naszej winy udaremnionych usiłowań i spełzłych nadziei. Radzi też jesteśmy temu drogiemu gościowi, przybywającemu z serca Polski jakby na inkrutowiny do naszej dzielnicy, w której tak ważna gałąź nauk lekarskich teraz dopiero uzyskała dom własny i warsztaty, a z nimi podstawę do oby najświetniejszego rozwoju. Niechże Zjazd ten pracę we wszystkich trzech otwierających się zakładach naszej dzielnicy szczęśliwą poświęci ręką. I niechaj, zadzierżgając węzły medycyny z innymi działami wiedzy ludzkiej, stanie się na naszej niwie trwałym zasiewem wspólnie przez nauki przyrodniczo-lekarskie i inne nauk gałęzie przygotowywanych i wspólnie zbieranych plonów.

O opiece nad umysłowo chorymi w Galicyi i o nowym Zakładzie krajowym w Kobierzynie

przez

Doc. Dr J. Mazurkiewicza.

Prawne stosunki, dotyczące opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi, a więc także i w innych krajach austryackich, — normuje ustawa z d. 17. lutego 1864 r., Dz. p. p. Nr 22, ustawa o swojszczyźnie z d. 3. grudnia 1863 r. Dz. p. p. Nr 105, ustawa sanitarna z d. 30. kwietnia 1870 r., Dz. p. p. Nr 68 i rozporządzenie ministeryalne z d. 14. maja 1874 r. Dz. p. p. Nr 71. W myśl tych wszystkich ustaw do kraju należy opieka nad umysłowo chorymi uleczalnymi, a także nad nieuleczalnymi, którzy zagrażają bezpieczeństwu publicznemu lub obyczajności publicznej, zaś do zakresu działania gmin należy »staranie się o to, ażeby ubodzy w chorobie pomoc znaleść mogli« i »utrzymanie w ewidencyi podrzutków, głuchoniemych, obłąkanych i kretynów, nieumieszczonych w zakładach, tudzież czuwanie nad pielęgnowaniem tychże osób«.

Ustawa karna i ustawa cywilna, obowiązujące w państwie austryackiem, są w przepisach swych, dotyczących umysłowo chorych, przestarzałe i potrzeba ich zmiany jest powszechnie uznawana. Rząd opracował szereg projektów ustawodawczych (ustawy karnej, ustawy o ubezwłasnowolnieniu, o opiece nad umysłowo chorymi, o opiece nad nieletnimi przestępcami i o wychowaniu opiekuńczem), które jednak napotkały na silną opozycyę ze strony lekarzy-psychiatrów i nie zostały dotąd przedłożone parlamentowi. Wielka doniosłość tych przyszłych ustaw, które i Galicyę mają obowiązywać, jest u nas niestety niedoceniona, i o ile mi wiadomo, żaden głos polski nie podniósł się publicznie w sprawie ustaw, które dla nas i bez naszego udziału inni mogą uchwalić. Ale jest to przedmiot nazbyt wielki i różnorodny, aby go można było omówić tu chociażby w najogólniejszych zarysach.

Z tych ustawodawczych projektów należy tu zaznaczyć przynajmniej jeden szczegół. Do chwili obecnej obowiązek opieki nad umysłowo chorymi należy wyłącznie do kraju i do gmin, zaś do czynników państwowych tylko kontrola policyjno-sanitarna. Natomiast obecnie rząd sam uznaje potrzebę rozszerzenia zakresu swej działalności przez budowę państwowych zakładów psychiatrycznych dla umysłowo chorych i zwyrodniałych zbrodniarzy (§§ 36, 37, 38 projektu ustawy karnej z 1909 r. i art. 55 ustawy wstępnej).

Faktyczny stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi określić należy jako zły, i to zarówno opieki zakładowej, będącej obowiązkiem władz autonomicznych, jak i opieki gminnej.

Mianowicie Galicya na ludność około 8-milionową posiadała w d. 1. stycznia 1911 r. 1700[1]) łóżek psychiatrycznych w zakładzie Kulparkowskim pod Lwowem, na oddziale szpitala św. Łazarza w Krakowie, na oddziale obserwacyjnym szpitala lwowskiego i w dwóch zakładach prywatnych (prof. Żuławskiego w Krakowie i Dra Swiątkowskiego we Lwowie), nie licząc psychiatrycznych łóżek przytułkowych, których jest około 300 i które są rozproszone po schroniskach miejskich i zakonnych. 1700 łóżek na 8,000.000 ludności stanowi stosunek 1 zakładowego łóżka psychiatrycznego do 4.700 mieszkańców kraju.

W innych krajach austryackich jedno łóżko psychiatryczne wypadało w roku 1906 na następującą ilość mieszkańców kraju: [2])

1) w Karyntyi na	750	mieszkańców.
2) w Austryi niższej na	771	»
3) w Styryi na	902	»
4) w Tyrolu na	915	»
5) w Salzburgu na	925	»
6) w Austryi Górnej na	1191	»
7) na Morawach na	1373	»
8) w Czechach na	1378	»
9) w Pobrzeżu na	1502	»
10) na Śląsku na	1610	»
11) w Krainie na	2650	»
12) w Dalmacyi na	4817	»
13) w Bukowinie na	5223	»
14) w Galicyi na	8327	»

Zestawienie to wypada zatem bardzo niekorzystnie dla Galicyi, która pod względem stosunkowej ilości łóżek psychiatrycznych zajmowała w roku 1906 ostatnie miejsce — nawet poza Dalmacyą i Bukowiną — w szeregu krajów koronnych, stojących zresztą pod omawianym względem znacznie gorzej od większości państw zachodnio-europejskich, w szczególności od Szwajcaryi, której kantony posiadają jedno łóżko psychiatryczne (wliczając idyotów, epileptyków i alkoholików) na 300, na 200, a niektóre nawet na 100 mieszkańców.

Ponieważ zakładowa opieka nad umysłowo chorymi należy do ustawowego zakresu działania czynników autonomicznych, nasuwa się zatem łatwy wniosek, że czynniki te zaniedbują swój obowiązek.

W ten sposób sformułowany wniosek byłby jednak nazbyt pospiesznym. Następujące cyfry wykazują, na ilu mieszkańców kraju wypadało 1 łóżko psychiatryczne wkrótce po przejściu gospodarki szpitalnej z pod zarządu władz państwowych pod zarząd czynników autonomicznych, mianowicie w roku 1869: [3])

1) w Austryi niższej	1 łóżko psychiatr.	na 1268	mieszk.
2) w Salzburgu	» »	» 2163	»
3) w Austryi górnej	» »	» 2903	»
4) na Morawach	» »	» 3297	»
5) w Tyrolu	» »	» 3617	»
6) w Karyntyi	1 łóżko psychiatr.	na 3780	mieszk.
7) w Styryi	» «	» 3856	»
8) w Pobrzeżu	» »	» 4850	»
9) w Krainie	» »	» 5719	»
10) w Czechach	» »	» 6014	»
11) w Galicyi	» »	» 15361	»

Na Śląsku, Bukowinie i w Dalmacyi nie wykazano wcale łóżek psychiatrycznych w roku 1869.

Z ostatniego zestawienia wynika, że stan opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi był znacznie gorszy, niż w innych krajach koronnych jeszcze w r. 1869, mianowicie przeszło 7 razy gorszy, niż w Salzburgu i przeszło 10 razy gorszy, aniżeli w Austryi niższej, która już przed 40 laty posiadała prawie 4 razy większą stosunkową ilość łóżek psychiatrycznych, aniżeli Galicya w r. 1910.

Powolne, ale stałe zwiększanie się ilości łóżek zakładowych w Galicyi wykazują następujące cyfry:

1) w r. 1869	wypadało w Galicyi	1 łóżko psych.	na	15361	mieszk.
2) » 1906	» »	»	»	8327	»
3) » 1910	» »	»	»	4700	»

Ten ilościowy stosunek jeszcze się nieco polepszy, gdy ku końcowi roku 1913 zostanie otwarty drugi krajowy zakład dla umysłowo chorych w Kobierzynie. Nie należy się jednak łudzić nadzieją, że otwarcie drugiego zakładu krajowego spowoduje jakąś radykalną zmianę na lepsze. Nie posiadamy wprawdzie dokładnej statystyki osób, wykazujących zaburzenia umysłowe, ale w przybliżeniu możemy ich liczbę w Galicyi przyjąć na 12.000, z których mniej więcej trzecia część, t. j. około 4.000 osób, potrzebuje leczenia zakładowego. Po otwarciu zakładu w Kobierzynie zatem, krajowe zakłady pomieszczą zaledwie połowę tych chorych, którym obowiązane są dać pomieszczenie, i budowa dalszych zakładów krajowych wkrótce się okaże potrzebą piekącą. Musimy więc i po rozejrzeniu się w cyfrach powtórzyć zdanie, że stan krajowej organizacyi opieki nad umysłowo chorymi jest jeszcze bardzo niepomyślny i że pozostajemy pod tym względem daleko poza innymi krajami kulturalnymi.

Ale kraj może jednak wskazać na konkretny wynik swojej działalności na tem polu przynajmniej pod tym względem, że zwiększył stosunkową ilość łóżek zakładowych przez czas gospodarki autonomicznej ze stosunku 1:15.361 do stosunku 1:4.700 mieszkańców.

Gorzej natomiast przedstawia się działalność — a raczej prawie zupełny brak działalności — innych czynników, z natury swej powołanych także do współpracy nad organizacyą opieki nad umysłowo chorymi, mianowicie: państwa, gminy i społeczeństwa.

W obu uniwersytetach dotąd jeszcze niema czynnych klinik psychiatryczno-neurologicznych. Należy jednak uznać za zdobycz wielkiej doniosłości, że w Krakowie w najbliższej przyszłości klinika taka ma być już otwarta, a we Lwowie wkrótce ma być rozpoczęta budowa kliniki psychiatryczno-neurologicznej. Wobec faktu, że oba uniwersytety polskie do ostatnich lat wogóle nie posiadały katedr psychiatryi i neurologii i że obecnie powstają dwa ogniska wiedzy tych ważnych gałęzi medycyny, przez co poziom ich znajomości wśród ogółu młodych lekarzy znacznie się podniesie, a więc i wszelka akcya w kierunku prawidłowej organizacyi opieki nad umysłowo chorymi będzie wydatniejsza (nie mówiąc już oczywiście o znaczeniu tych klinik w innych kierunkach), należy stworzenie tych ognisk powitać z uznaniem dla czynników państwowych, które przy współudziale funduszu krajowego doprowadzają to wielkie dzieło do skutku.

Jeżeli dodamy, że w ostatnich paru latach władze państwowe rozpoczęły próby leczenia przetworami tarczycy matołectwa po gminach, nawiedzonych tem cierpieniem, to bodaj, że wyczerpiemy już wszystko, co państwo zdziałało dla organizacyi opieki nad umysłowo chorymi i niedołężnymi w kraju od chwili uzyskania przez nas autonomii.

---

[1]) W chwili obecnej sam zakład Kulparkowski mieści więcej, niż 1.700 chorych. Dzieje się to jednak przez tak nadzwyczajne przepełnienie Zakładu, że rozmyślnie przytoczyłem cyfry z czasów, kiedy wprawdzie także istniało przepełnienie, ale nie tak dotkliwie dające się odczuwać, a więc kiedy stosunki były względnie normalniejsze.

[2]) Ilość mieszkańców brałem z »Oesterreichisches statistisches Handbuch«, wydany przez c. k. Statystyczną Komisyę centralną w Wiedniu w r. 1909, zaś ilość łóżek psychiatrycznych ze »Statistik des Sanitätswesens für das Jahr 1906«, wydaną przez tę samą komisyę statystyczną w roku 1910.

[3]) Ilość mieszkańców i ilość chorych w zakładach poszczególnych krajów w r. 1869, wzięte zostały ze »Statistisches Jahrbuch für das Jahr 1869« herausgegeben von der k. k. statist. Central.-Komission.« Wien 1871.

A jest pewien dział ważny, którym władze państwowe powinnyby się zająć energicznie, mianowicie kategoryą umysłowo chorych i zwyrodniałych zbrodniarzy. Jak to wynika z przytoczonych na wstępie §§ projektu ustawy karnej i ustawy wstępnej, rząd uznaje, że obowiązek zaopiekowania się tą kategoryą chorych nie należy do krajów, ale do państwa.

Tymczasem jednak i ta kategorya chorych znajduje pomieszczenie w naszym jedynym dotąd zakładzie krajowym, w Kulparkowie. W d. 1. stycznia 1910 roku pozostawało w tym zakładzie ogółem 1463 chorych (czyli 363 chorych ponad normę), i w tej liczbie było 145 zbrodniarzy, czyli *prawie każdy dziesiąty chory był zbrodniarzem.* Ponieważ w ciągu roku 1909 umarło, zbiegło lub zostało wypuszczonych za rewersem 31 kryminalnych, to ogółem w roku 1909 przebywało w Kulparkowie 176 chorych zbrodniarzy (144 mężczyzn i 32 kobiety), w tej liczbie: zamach na cesarza — 1 przypadek, ojcobójstwo — 3 przypadki, dzieciobójstwo — 1, morderstwo kilku osób — 3 przypadki, morderstwo pojedyncze — 30, morderstwo usiłowane — 7, morderstwo i podpalenie — 1, zabójstwo — 3, ciężkie uszkodzenie ciała — 15, rabunek — 2, podpalenie — 48, kradzież — 28, zgwałcenie — 2, gwałt publiczny — 22, szpiegostwo wojskowe — 1, znieważenie grobów — 1, oszustwo i sprzeniewierzenie — 3, włóczęgostwo i kradzieże — 5, razem — 176.

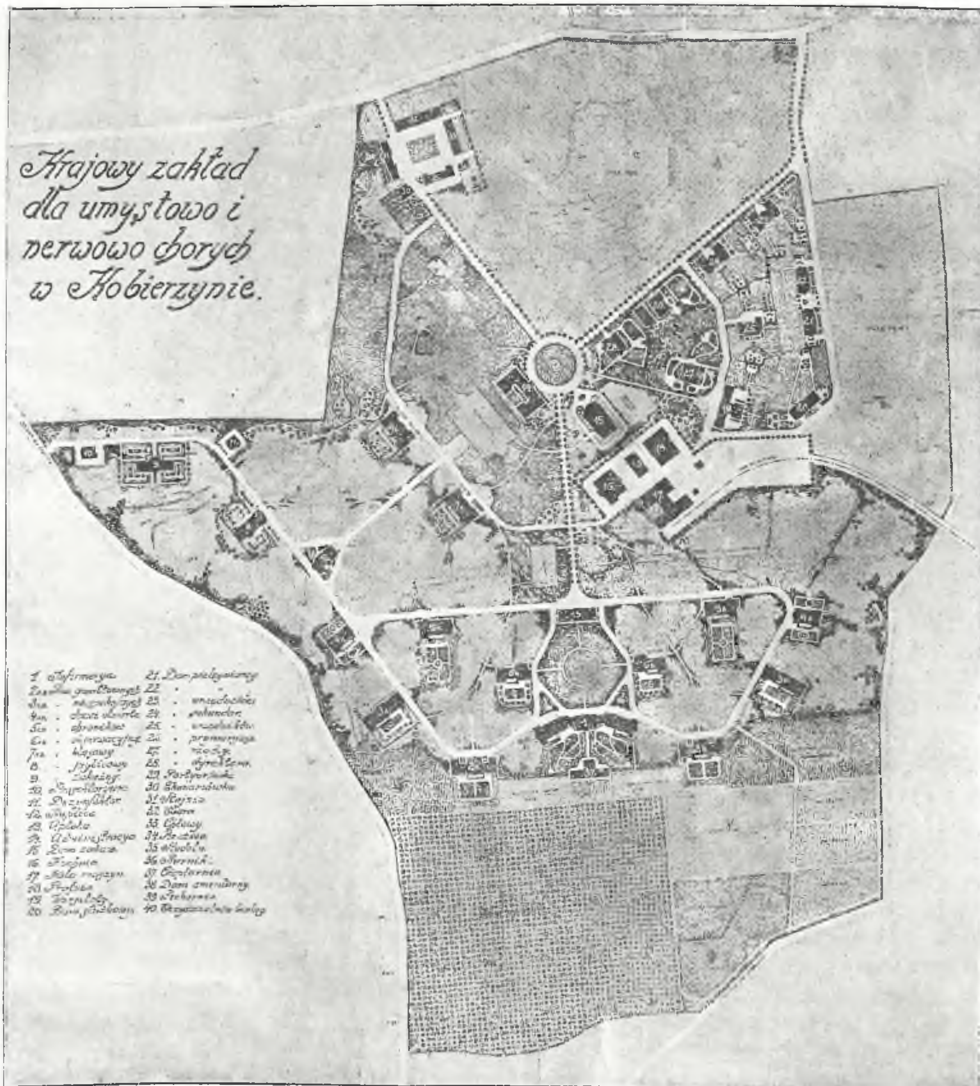
W poprzedzających latach wypuszczono za rewersem lub zbiegło z zakładu umysłowo chorych zbrodniarzy: w r. 1905 — 24, w r. 1906 — 16, w r. 1907 — 25, w r. 1908 — 27, w r. 1909 — 19; razem 110 zbrodniarzy, — nie licząc tych, którzy w wymienionych latach umarli, albo oddani zostali sądowi lub do domów, w ciągu jednego pięciolecia powróciło z zakładu do społeczeństwa.

Ten psychopatologiczno-kryminalny element jest jednak wielkim ciężarem nietylko dla społeczeństwa, jeśli doń powraca — szczególniej bez żadnej zorganizowanej opieki, ale i dla krajowego zakładu.

Z konieczności przyjmowania umysłowo chorych zbrodniarzy do krajowych zakładów wynika szereg konsekwencyi: 1) Jeżeli zakład urządzony jest według wymagań współczesnej psychiatryi i stosuje system minimalnego krępowania chorych, to chorzy kryminalni, szczególniej posiadający doświadczenie więzienne, z łatwością uciekają z zakładu, wskutek czego społeczeństwo nie zostaje uwolnione od niebezpiecznych elementów kryminalnych, których internowania ma prawo się domagać. 2) Jeżeli zakład krajowy posiada specyalne oddziały dla chorych kryminalnych, urządzone i zorganizowane na sposób więzienny, to oddziały te wpływają nader ujemnie na wręcz przeciwną organizacyę wszystkich innych oddziałów o dążności nie krępowania chorych. 3) Jeżeli chorzy zbrodniarze nie są umieszczeni w osobnych oddziałach, ale rozproszeni wśród innych (system »rozcieńczania«), to w warunkach np. szwajcarskich, gdzie łóżek psychiatrycznych jest dużo, a zbrodniarzy mało, mogą oni nie stanowić szczególniejszego balastu dla zakładu. Ale tam, gdzie kryminalni chorzy stanowią prawie 10% ogółu chorych, jak w Kulparkowie, muszą wywierać na normalny bieg życia zakładowego wpływ dezorganizacyjny w stopniu jeszcze wyższym, aniżeli przy istnieniu osobnych oddziałów kryminalnych, z powodu swych instynktów zbrodniczych, doświadczenia kryminalnego i niepoddawania się przepisom porządku domowego. 4) Kryminalni chorzy, jako należący w znacznej swej większości do przypadków pogranicznych, t. j. o zaburzeniach psychicznych takich, które częstokroć stwierdzić może tylko lekarz-specyalista, uważani są zazwyczaj przez laików i przez rodzinę za ludzi umysłowo zupełnie zdrowych. Stąd wynika, że ci chorzy zbrodniarze, którzy są elementem rozkładowym w zakładzie, nad którymi opieka należy właściwie do państwa, a nie do kraju i których na razie zakład jednak z konieczności przyjmować musi, — że ci sami chorzy i ich rodziny rozszerzają i utrwalają wśród szerokich warstw publiczności przesąd o internowaniu ludzi umysłowo zdrowych w zakładach psychiatrycznych, których kredyt moralny wśród społeczeństwa zostaje przez to poderwany.

Racyonalna organizacya opieki nad umysłowo chorymi wymaga zatem usunięcia elementów zbrodniczych z zakładów psychiatrycznych leczniczych, a wielka liczba tych elementów w Galicyi i zgubny ich wpływ na organizacyę życia w zakładzie Kulparkowskim stwarzają piekącą potrzebę budowy w jak najbliższej przyszłości odrębnego psychiatrycznego zakładu dla obłąkanych-zbrodniarzy, utrzymywanego kosztem państwa.

Gminna opieka nad umysłowo chorymi właściwie w Galicyi wcale nie istnieje. W gminach wiejskich i w mniejszych miastach umysłowo chorzy są pozostawieni własnemu losowi, i tylko w obu miastach stołecznych istnieją przy-



Plan sytuacyjny.

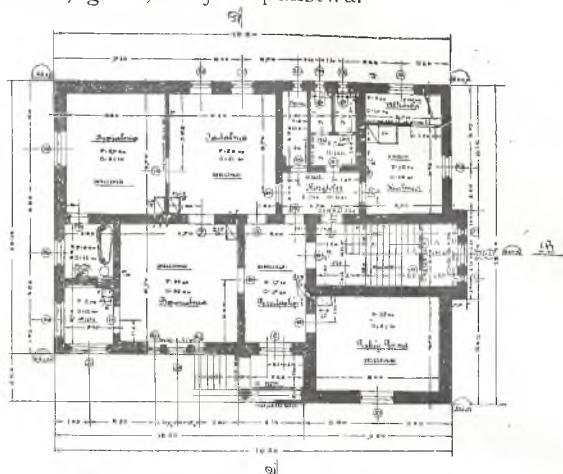
tułki, w których się mieści kilkuset ludzi, dorosłych i dzieci, umysłowo chorych i umysłowo zdrowych, ale cieleśnie kalekich. W obu miastach stołecznych omawiane są projekty budowy nowych przytułków miejskich, zorganizowanych w sposób racyonalny, tj. uwzględniający przedewszystkiem należytą segregacyę różnorodnych elementów przytułkowych.

Pozostaje naszkicować działalność czwartego czynnika, który w sprawie opieki nad umysłowo chorymi w innych krajach gra wielką rolę, mianowicie samego społeczeństwa. Oskarżanie naszego społeczeństwa o zupełną obojętność dla tej sprawy byłoby rzeczą niesprawiedliwą. Istnieje w kraju cały szereg fundacyi prywatnych, pozostających przeważnie pod zarządem różnych zakonów, albo instytucyi, będących ich własnością i utrzymujących się z ofiarności publicznej. Są to jednak w większości przypadków mniej lub więcej starożytne instytucye, w których tak samo, jak w przytułkach miejskich, niema mowy o racyonalnej segregacyi nieuleczalnych. We wszystkich tych przytułkach mieści się dość znaczna liczba umysłowo chorych, brak jednak należytej organizacyi uniemożliwia podanie jakichkolwiek dat statystycznych.

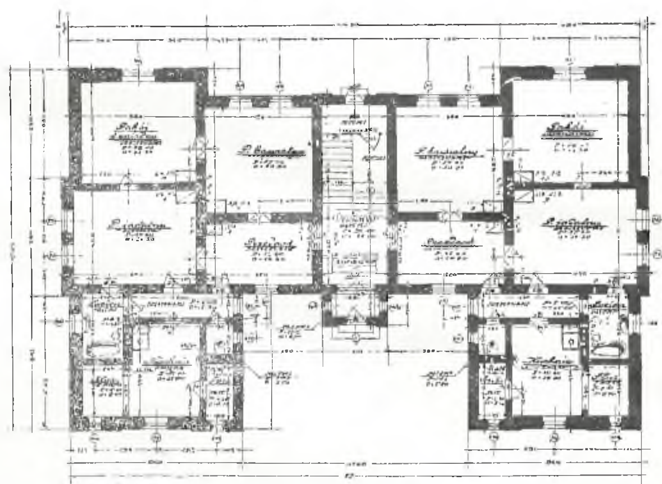
Po zatem żywe zainteresowanie się społeczeństwa daje się spostrzegać w jednym, co prawda niezmiernie ważnym kierunku, — a mianowicie w sprawie unormowania przymusowego kształcenia dzieci anormalnych. Polski Zjazd pedagogiczny, który obradował w pierwszych dniach listopada 1909 we Lwowie, uchwalił cały szereg wniosków w sprawie utworzenia klas i szkół pomocniczych dla dzieci »o powolnym toku wyobrażeń«, osobnych zakładów dla anormalnych dzieci, wymagających ciągłej opieki pedagogiczno-lekarskiej, rozciągnięcia dalszej opieki nad dziećmi, które ukończyły szkoły dla anormalnych, i t. d. Również dodatnim momentem jest należyte uwzględnienie przez Zjazd pedagogiczny roli lekarza przy wychowaniu anormalnych dzieci.

Dotychczasowy plon działalności społecznej w tym kierunku jest jeszcze bardzo skromny, ale w każdym razie stanowić będzie zawiązek dalszej akcyi. Parę klas pomocniczych dla upośledzonych dzieci otwarto we Lwowie i w Krakowie. Kraj buduje w Przedzielnicy zakład poprawczy, na razie dla 150 chłopców w wieku do czternastu lat (w czasie przyjęcia), i już w blizkiej przyszłości zakład ten będzie otwarty. Z prywatnej inicyatywy ks. Podgórskiego otwarty został w 1905 w Iwoniczu zakład dla matołków, utrzymujący z różnych zasiłków około 40 chorych, pochodzących z najbiedniejszych rodzin. Zakład ten, z najlepszych chęci inicyatora i z ofiarności publicznej powstały, nie odpowiada dzisiejszym wymogom lekarskim, ale jest dotąd jedyną tego rodzaju instytucyą w kraju. Z prywatnej inicyatywy prof. Piltza powstał przed paru laty w Krakowie wzorowo urządzony zakład wychowawczo-leczniczy dla nerwowych dzieci zdolnych do rozwoju umysłowego.

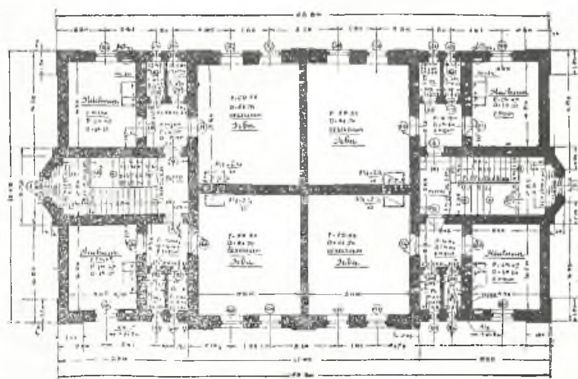
Tak krótkie jest sprawozdanie o tem, co na polu opieki nad umysłowo chorymi zdziałały w Galicyi wszystkie wchodzące tu w rachubę czynniki: społeczeństwo, gmina, kraj i państwo. Pozostaje jeszcze bardzo dużo do zrobienia: potrzebne są dalsze zakłady krajowe o charakterze leczniczym, potrzebne są pozostające z nimi w związku przytułki lecznicze i organizacya »opieki rodzinnej«, potrzebne są państwowe zakłady dla kryminalnych umysłowo chorych i dla dzieci moralnie zaniedbanych, potrzebna jest wielka organizacya przymusowego kształcenia dzieci, w różnym stopniu upośledzonych na umyśle, na wzór znakomicie rozwijającej się organizacyi w Niemczech. Potrzebne są sanatorya ludowe dla nerwowo chorych, dyspensatorya i sanatorya dla opilców w tym okresie, kiedy zatrucie wyskokiem nie wywołało jeszcze beznadziejnej psychozy i kiedy leczenie odwykowe może wydać dobre wyniki. Konieczna jest organizacya »Towarzystw opieki nad umysłowo chorymi«, wypuszczanymi z zakładów lub przytułków, w celu możliwego uniknięcia nazbyt szybkiego powrotu do zakładu ozdrowieńca, lub chorego spokojnego, którego stan zdrowia wskutek braku jakiejkolwiek opieki, — a często i elementarnych środków do życia, — ulega pogorszeniu już wkrótce po wyjściu z zakładu. Pożądane są bardzo sądy dla nieletnich przestępców, wśród których jest 40 do 50% anormalnych. Dla spełnienia wszystkich tych zadań przyszłości konieczne jest zgodne współdziałanie wszystkich czterech czynników, społeczeństwa, gmin, kraju i państwa.



Rys. 26. Dom dla lekarzy.

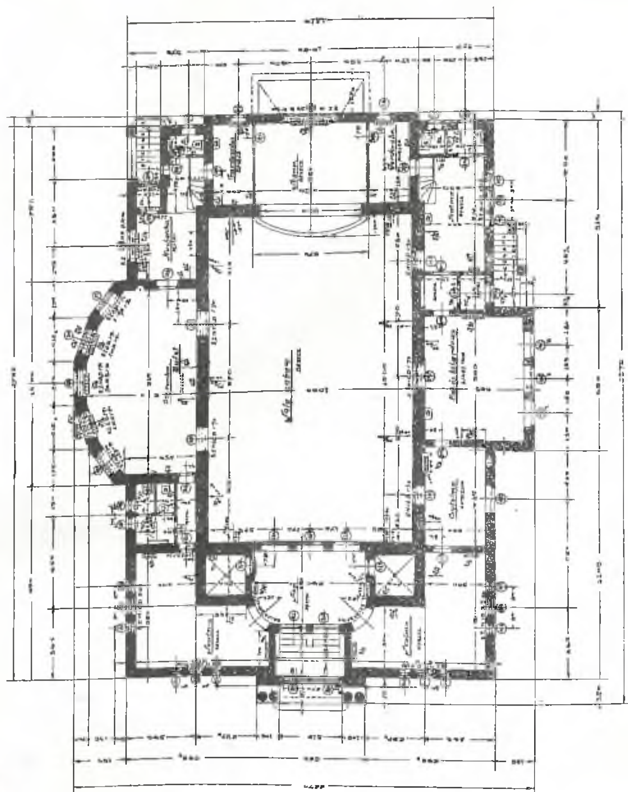


Rys. 23. Dom dla urzędników.

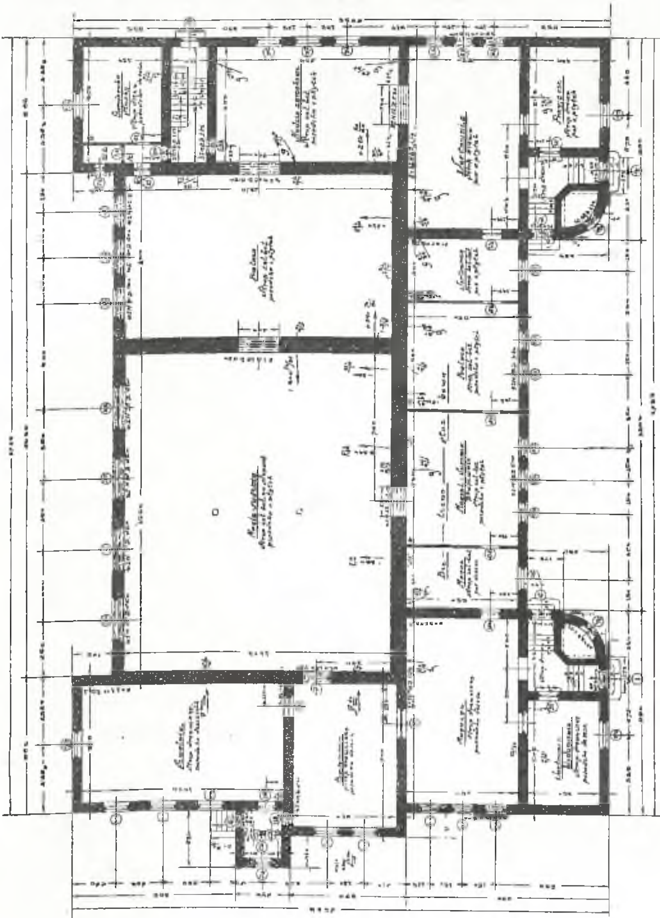


Rys. 21, 22. Dom dla niższej służby pielęgniarskiej.

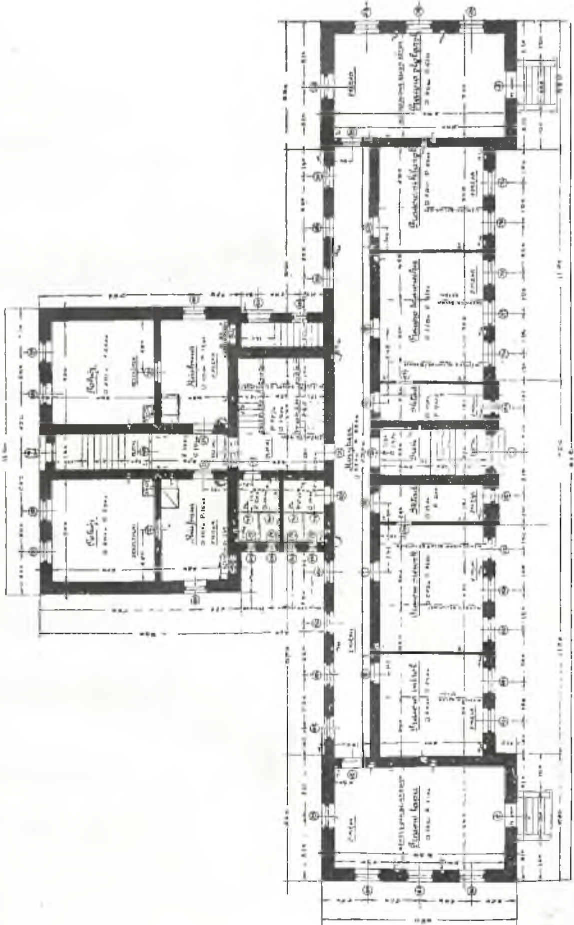
Biorąc porównawczo trzy zabory z punktu widzenia opieki nad umysłowo chorymi, można powiedzieć, że stosunkowo najwięcej w tym kierunku zdziałał w zaborze pruskim rząd pruski (w W. Ks. Poznańskiem na dwa miliony mieszkańców istnieją 4 zakłady prowincyonalne — Dziekanka, Obrawalde, Owińsk, Kosten, — z 2424 chorymi w 1906 r.— istnieją klasy i szkoły pomocnicze itp.); w zaborze austryackim — kraj (wkrótce będą czynne dwa zakłady krajowe, dwa oddziały obserwacyjne w szpitalach powszechnych we Lwowie i w Krakowie, zakład poprawczy w Przedzielnicy, — wreszcie współdziała kraj finansowo w stworzeniu obu kli-



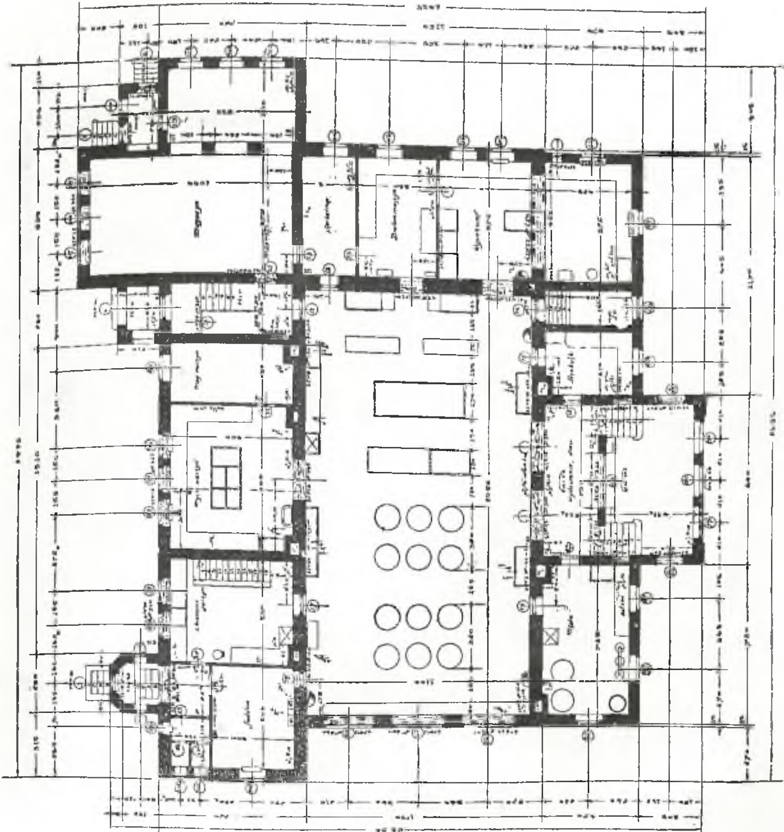
Rys. 15. Dom zabaw.



Rys. 18. Pralnia.



Rys. 19. Budynek warsztatowy.



Rys. 16. Kuchnia.

nik psychiatryczno-neurologicznych); zaś w zaborze rosyjskim stosunkowo najwięcej zdziałała samopomoc społeczna (Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi z zakładami w Drewnicy i w Karolinie, dwa dobroczynne zakłady dla kilkuset umysłowo chorych pod Łodzią, zakład Gminy ewangielickiej dla 37 — w r. 1909 — umysłowo upośledzonych dzieci, i inne). W W. Ks. Poznańskiem stosunek łóżek psychiatrycznych do ludności wynosi 1:750, w Galicyi 1:4.700 w Królestwie Polskiem 1:5.700 mieszkańców.

Pierwszy wniosek w sprawie budowy drugiego zakładu krajowego dla 500 umysłowo chorych w Galicyi przedłożony został Sejmowi przez Wydział krajowy w końcu 1903 roku. Cztery lata trwały wstępne prace nad ustaleniem ogólnego programu budowy, nad sprawą zakupna gruntu, nad wykończeniem wszelkich projektów budowlanych. Była to praca zbiorowa, w której brali udział, oprócz szefów Departamentu sanitarnego Wydziału krajowego, p. Onyszkiewicza a następnie p. Dra Bernadzikowskiego, lekarze: inspektorowie szpitali — ś. p. Dr Łuszczkiewicz, Dr Müller, Dr Lipski, a także Dr Kohlberger, dyrektor zakładu w Kulparkowie, profesorowie Halban, Piltz, Nowak, inżynierowie: p. nadradca Sare, wiceprezydent m. Krakowa, p. inż. Pakies, prof. Ossowski. Wszystkie plany zostały wykonane w biurze budowlanem Wydziału krajowego pod kierownictwem p. inż. Klimczaka, który też w dalszym ciągu kieruje i samąbudową.

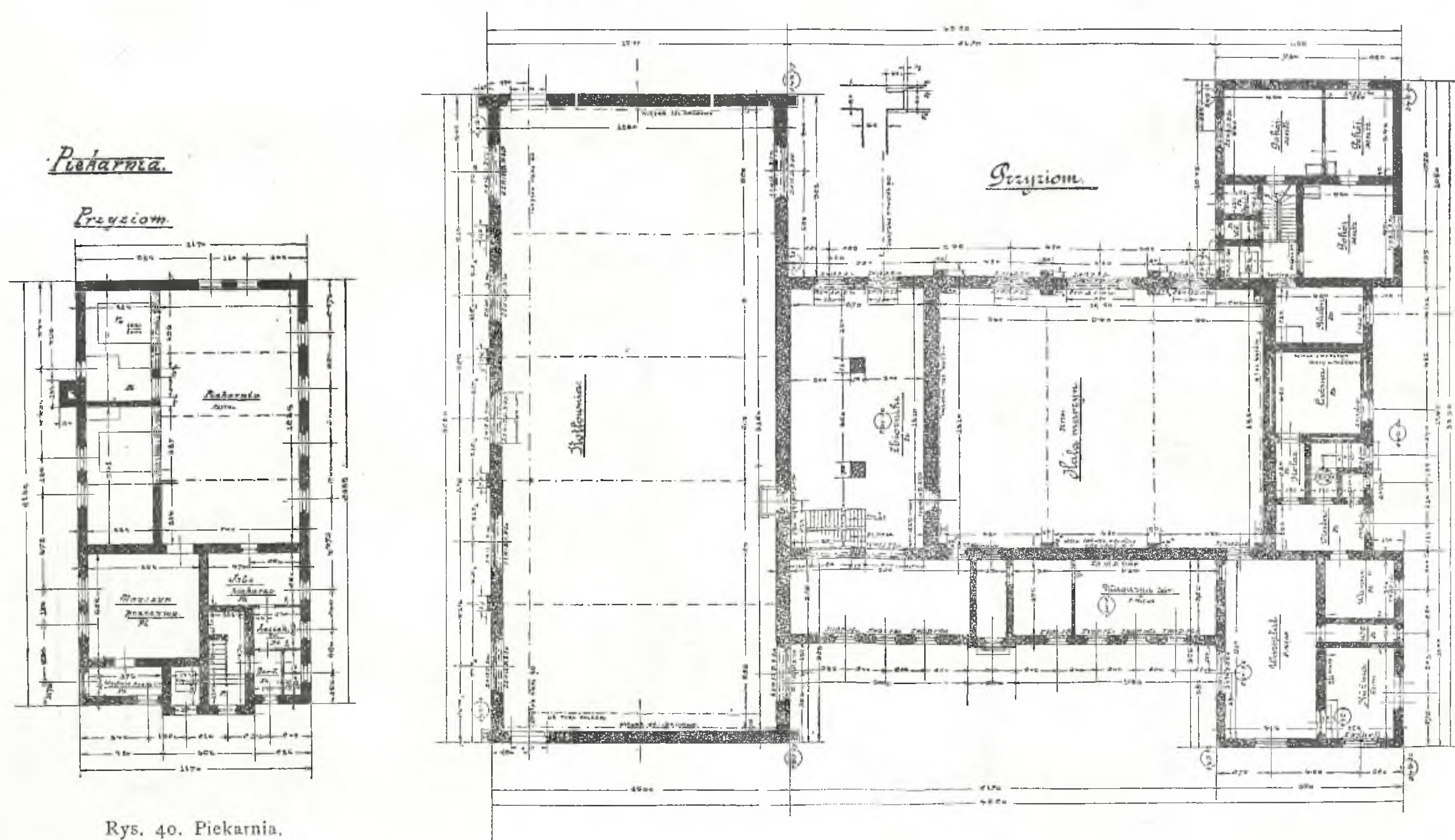
W końcu 1907 r. uchwała sejmowa postanowiła zakupić 104-morgowy teren w Kobierzynie, odległy o przeszło 7 kilometrów na południe od Krakowa, położony na płaskowzgórzu, dochodzącem do 256 metrów nad p. m., z ładnym widokiem ku północy na Kraków, Bielany i kopiec Kościuszki, zaś ku południowi na Beskidy. Teren ten jest, jak wszystkie najbliższe okolice Krakowa i nieuregulowanego dotąd porzecza Wisły, pomimo wysokiego położenia wilgotny, dlatego też został zdrenowany, a nadto uchwalił Sejm osuszenie i całej sąsiedniej doliny, tj. gmin Kobierzyn, Sidzina i Skotniki. Zakład na podstawie umowy, zawartej z gminą m. Krakowa, będzie zaopatrywany w wodę — w ilości 250 m³ na dobę — ze źródeł bielańskich, a więc wypróbowanej dobroci (źródła te zaopatrują m. Kraków w wodę).

Zakupione 104 morgi gruntu dzieli droga powiatowa Kraków - Skawina na dwa kompleksy, z których mniejszy — 18 morgowy — położony na północ od drogi, przeznaczony jest pod uprawę, zaś najbardziej odległy od drogi jego skrawek — na cmentarz zakładowy. Ten mniejszy kompleks gruntów na załączonym planie sytuacyjnym ze względów technicznych wcale zamieszczony nie został.

Na południe od drogi leży główny — 86-morgowy teren zakładowy (p. plan sytuacyjny*). Na południowym i południowo-zachodnim skłonie terenu położone są pawilony dla chorych, na wschodzie budynki mieszkalne i gospodarcze, w zachodnio-północnym kącie przy drodze powiatowej folwark zakładowy. Ogółem pod budynki zakładowe, ich ogrody itd. zajęta jest przestrzeń około 44 morgów, na park 7 morgów, na grunta orne 50 i na cmentarz 3 morgi. Kanalizacya jest planowana według systemu biologicznego. Przy ostatecznem opracowywaniu planów wzrosła liczba łóżek z 500 na 550. Wszystkie budynki administracyjne, gospodarcze i wszelkie instalacye mechaniczne są wykonywane obecnie w takich rozmiarach, które wystarczają dla 800 etatowych łóżek, do których zakład z czasem w myśl uchwały sejmowej ma być rozszerzony.

Cały personal będzie zamieszkiwać w zakładzie, a ma się składać: z dyrektora, prymaryusza-prosektora, będącego równocześnie kierownikiem laboratoryów, i 6 lekarzy oddziałowych (2 prymaryuszów, 2 ordynaryuszów i 2 sekundaryuszów); dalej z 16 osób służby pielęgniarskiej wyższej, jednego pielęgniarza względnie pielęgniarki na 5 chorych i wreszcie z personalu administracyjnego i gospodarczego z rządcą na czele.

*) Na planie sytuacyjnym oznaczono poszczególne budynki temiż cyframi, co w tekście, nie wyjmując budynków takich, których szczegółowych planów do niniejszego artykułu nie dołączam.



Rys. 40. Piekarnia.

Rys. 17. Wielka kotłownia.

Rys. 14. Budynek administracyjny.

Wschodnia grupa budynków, mianowicie mieszkalnych, składa się z 3 domów dla lekarzy (rys. 24, 26, 28), 3 dla urzędników (rys. 23, 25 i 27), domu dla służby administracyjnej niższej (rys. 20), i 2 domków (rys. 21 i 22) o 16 mieszkaniach, składających się z pokoju i kuchni i przeznaczonych dla niższej służby pielęgniarskiej, posiadającej rodzinę. W tej grupie znajduje się budynek warsztatowy (rys. 19), w którym na parterze mieszczą się warsztaty: krawiecki, szewski, stolarski, lakierniczy, tapicerski i introligatorski, zaś na piętrze dalsze mieszkania dla służby gospodarczej.

W grupie 5 budynków, leżących pomiędzy grupą mieszkalną z jednej, a pawilonami z drugiej strony, znajduje się dom zabaw (rys. 15) z wielką salą, przeznaczoną na rozrywki dla chorych, z salą jadalną i kursów pielęgniarskich dla służby przy chorych, z ochronką dla dzieci służby, i z kasynem dla funkcyonaryuszów zakładowych.

Pralnia (rys. 18), kuchnia (rys 16), piekarnia (rys. 40), posiadają rozmiary, pozwalające na możliwie najłatwiejsze i najtańsze uzupełnienie urządzeń mechanicznych takich, któreby podołały zapotrzebowaniom dla 1.200 ludzi. W suterenach kuchennych mieści się pomiędzy innymi wielka masarnia, mająca zaopatrywać w swe wyroby nietylko zakład Kobierzyński, ale i inne bliżej położone szpitale krajowe i prowincyonalne. — W piekarni projektowana jest fabryka makaronów dla wszystkich szpitali krajowych i prowincyonalnych.

Wielka kotłownia (rys. 17) dostarcza do wszystkich pawilonów dla chorych ciepłej wody do użytku zewnętrznego i do ogrzewania centralnego (systemem wodo-wodnym). Kaplica, dom zabaw, wymienione już budynki gospodarcze, ogrzewane będą centralnie parą, zaś domy mieszkalne zwykłymi piecami kaflowymi. W kotłowni mieści się nadto centrala elektryczna o sile 210 koni, wytwarzająca prąd zmienny (w celu jak najłatwiejszego ewentualnego przyłączenia się do jednej z wielkich centrali okręgowych). Wodociągi i kable elektryczne mieszczą się w kanale przechodowym, prawie 2 kilometry długim, wiążącym budynki gospodarcze z pawilonami.

Na planie sytuacyjnym nie jest uwidoczniona normalno-torowa linia kolei żelaznej, dochodząca od stacyi w Swoszowicach bezpośrednio pod kotłownię zakładową (rys. 17). i będąca już w ruchu (oczywiście wyłącznie ciężarowym). Ruch wewnętrzny po drogach zakładowych projektowany jest za pośrednictwem wózków i tanich zwierząt pociągowych, kuców lub mułów.

Główna droga dojazdowa idzie od szosy powiatowej przy domku portyera (rys. 29), wzdłuż linii domów mieszkalnych, do budynku administracyjnego (rys. 14), który mieści kancelarye lekarskie i zarządu administracyjnego. Położenie tego budynku jest zatem takie, że ludzie, przybywający do zakładu w sprawach administracyjnych, nie będą się stykać z chorymi.

Na przedłużeniu linii głównej drogi dojazdowej wzdłuż domów mieszkalnych wznosi się kaplica zakładowa (rys.

Rys. 12. Kaplica zakładowa.

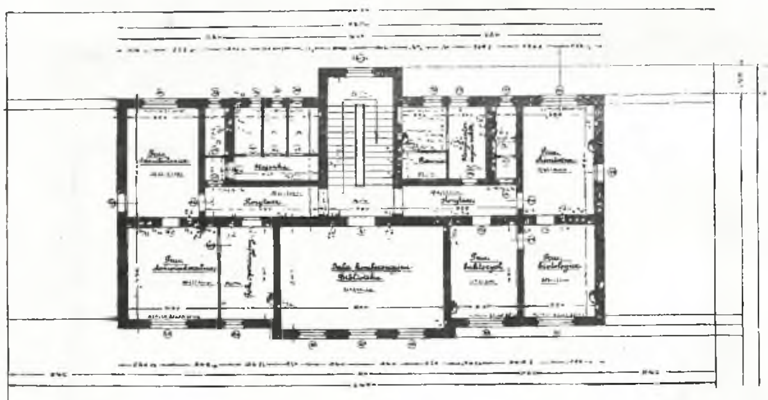
12), mogąca pomieścić 300 osób, t. j. tyleż co i sala zabaw.

Chorzy będą rozmieszczeni w 15 pawilonach.

Wszystkie pawilony są zwrócone ku południowi w ten sposób, że sale chorych są od strony południowej, korytarze i wszelkie uboczne pomieszczenia od strony północnej. Budynek administracyjny drugi (rys. 13), dzieli główną grupę pawilonów na dwie systematyczne części: ku wschodowi 5 pawilonów kobiecych, ku zachodowi 5 męzkich.

Na osi tego podziału leżą 3 budynki: ku północy budynek administracyjny drugi (rys. 13) mieszczący na parterze magazyny centralne i aptekę; na I piętrze: salę konferencyjną, kancelaryę kierownika laboratoryów i pracownie: histologiczną, bakteryologiczną, doświadczalną, psychologiczną i chemiczną; — ku południowi na tej samej osi leży cieplarnia zakładowa (rys. 37).

Pomiędzy tymi dwoma budynkami znajduje się największy pawilon, mianowicie infirmerya dla cieleśnie chorych (rys. 1). W środkowej części infirmeryi mieszczą się na parterze sale operacyjne, pokoje do badań, urządzenia rentgenowskie, mieszkanie młodszego lekarza; na I. piętrze mieszkania służby pielęgniarskiej niższej. Skrzydła infirmeryi przeznaczone są dla 100 chorych, zachodnie dla 50 mężczyzn, wschodnie dla tyluż kobiet. Na parterze będą pomieszczeni paralitycy i chorzy zanieczyszczający się, na



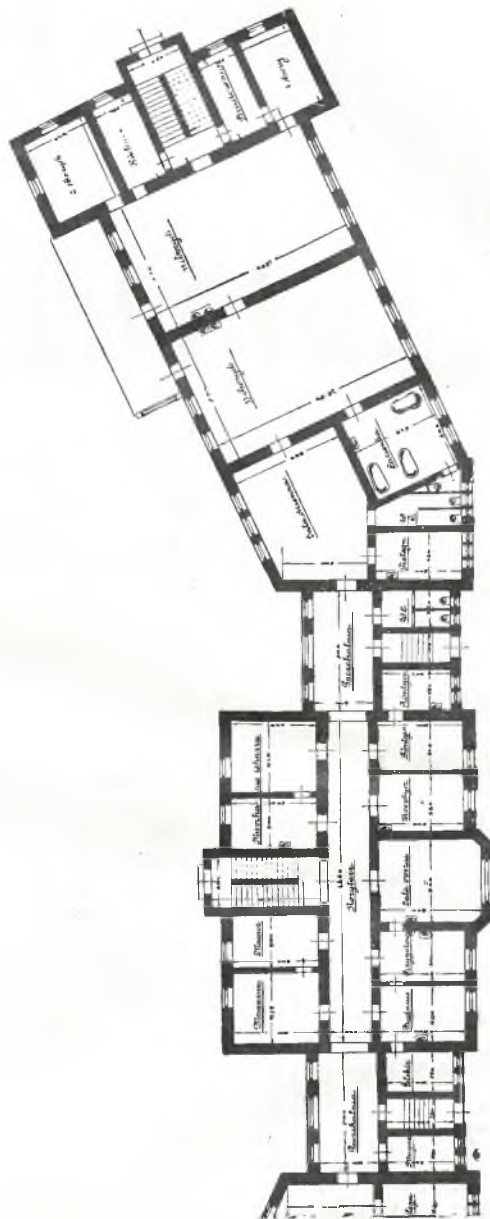
Rys. 13. Budynek administracyjny.

I piętrze chorzy gruźliczy, dla których zbudowane są ogrzewane w zimie leżalnie.

Między budynkiem aptecznym (rys. 13) a infirmeryą stoją pawilony obserwacyjne (rys. 6 a i 6 b), mieszczące po 31 łóżek dla chorych nowoprzybyłych i takich, którzy wymagają wyjątkowo ścisłej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Zakład Kobierzyński prawdopodobnie będzie przyjmować rocznie 500—600 nowych chorych.

Po obu stronach infirmeryi, na przedłużeniu jej osi podłużnej znajdują się pawilony dla chorych niespokojnych, (ryc. 3 a) dla 30 mężczyzn, (3 b) dla tyluż kobiet. Są to jedyne pawilony parterowe, dla uniknięcia przeprowadzania chorych niespokojnych po schodach.

Wymienione dotąd pawilony stanowią oddział zakładu leczniczy, w ściślejszem znaczeniu tego wyrazu. W tych pawilonach są wielkie sale sypialne, obok których mieszczą się mniejsze sale dzienne. Okna tych sal albo są zwrócone ku południowi, albo — o ile to tylko było możliwem — umieszczone w ścianach i południowych i północnych, ze względu na przewietrzanie i na światło, szczególniej ważne w tych salach, w których chorzy będą leżeć i w dzień. W sypialniach liczono tu 8 m² na głowę (przy 4-metrowej wysokości sal), sale dzienne obliczone są dla połowy chorych, po 4 m² na głowę. W każdym z tych pawilonów są wanny do kąpieli oczyszczających i leczniczych — 1 wanna na 6 do 10 chorych, nadto kancelarye lekarskie, magazyny bielizny, kuchenki oddziałowe, brudownie i klozety. W pawilonie obserwacyjnym obok drzwi wchodowych jest pokój izolacyjny dla takich nowoprzyjętych chorych, u których przypuszczać można chorobę zakaźną, ale u których objawy chorobowe nie pozwalają jeszcze na umieszczenie ich w pawilonie ostrych chorób zakaźnych.

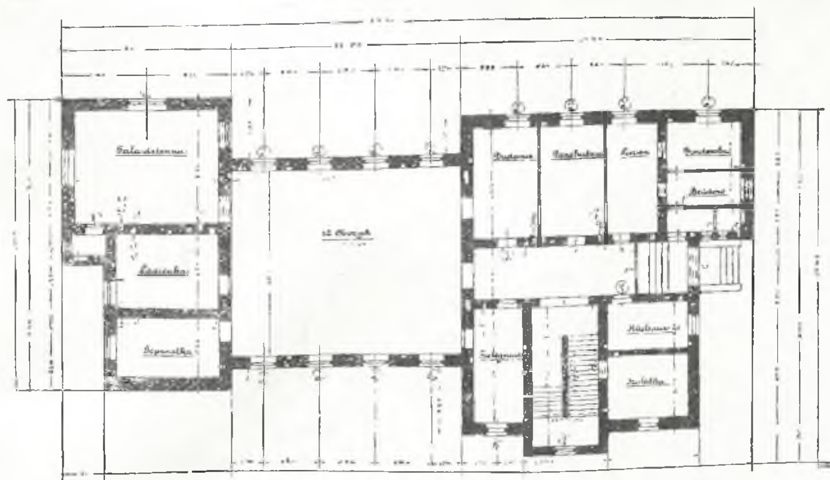


Rys. 1. Infirmerya dla cieleśnie chorych.

Ku południowi stoją jedyne dwa pawilony (ryc. 2 a i 2 b), zbudowane systemem korytarzowym, przeznaczone dla przypadków sądowych. Okna, we wszystkich pawilonach liberalnie traktowane, posiadające tylko węższe szyby w zwykłych ramach okiennych, tu mają kraty więzienne. Męzki pawilon — przeznaczony dla 40 chorych — ma 8 separatek do czasowej izolacyi chorych. Ogródek męzkiego pawilonu jest jedynym, który zostaje otoczony murem. Sale chorych mieszczą zaledwie po 6 chorych i nie łączą się ze sobą. Przy budowie analogicznego pawilonu dla kobiet starano się złagodzić ten charakter więzienny nietylko urządzeń, ale i rozkładu pokojów.

Należy się spodziewać, że pawilony 2 a i 2 b tylko prowizorycznie mieścić będą chorych kryminalnych, dopóki państwo nie zbuduje dla nich odrębnego zakładu. Wychodząc z założenia, że taki zakład odrębny jest konieczny, Wydział krajowy nie przyjął 300.000 koron, ofiarowanych mu przez rząd na budowę stałego państwowego pawilonu dla kryminalnych chorych w Kobierzynie.

Według innego planu zbudowane są pozostałe 4 pa-



Rys. 6 a i 6 b. Pawilony obserwacyjne.

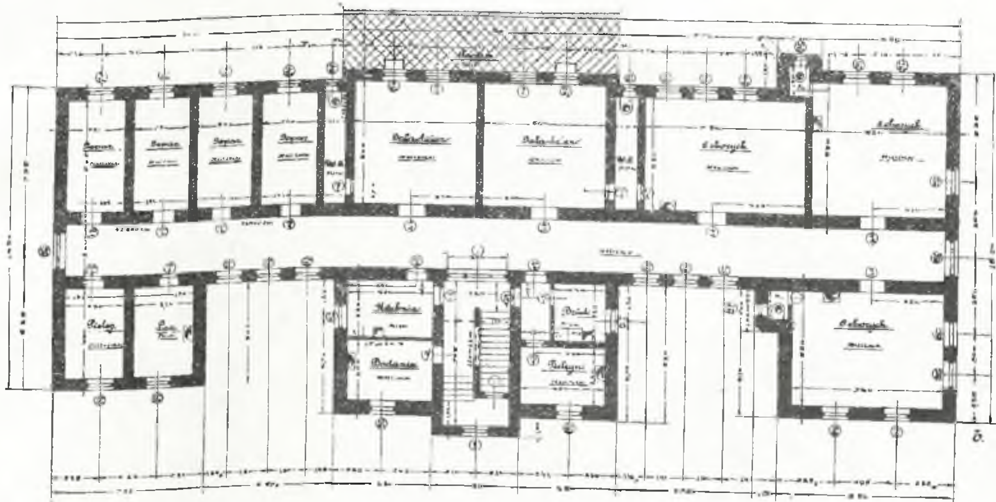
wilony tej grupy, t. j. pawilony dla spokojnych przewlekle chorych (ryc. 5 a dla 45 mężczyzn i 5 b dla tyluż kobiet), i pawilony otwartych drzwi (ryc. 4 a i 4 b), mieszczące po 30 łóżek dla ozdrowieńców. Te 4 pawilony różnią się od właściwie leczniczych tem, że sale dzienne znajdują się tutaj nie obok sypialni, jak w pawilonach leczniczych, ale zajmują cały parter, piętra zaś są znowu przeznaczone wyłącznie na sypialnie, przez co liczba niezbędnej służby znacznie się zmniejsza. Sypialnie obliczone są tu po 7 m² na głowę, sale dzienne po 4 m². W mansardzie pawilonów 5 a i 5 b są mieszkania dla służby pielęgniarskiej i dla chorych, w mansardzie pawilonów 4 a i 4 b tylko dla służby.

Między budynkiem administracyjnym (rys. 14) a kaplicą (rys. 12) mieszczą się jeszcze dwa pawilony (7 a i 7 b), przeznaczone dla chorych zamożniejszych. Pierwsze piętro mieści osobne pokoje dla 16 chorych i salon, parter — salę dzienną, salę bilardową, jadalnię i mały oddziałek obserwacyjny dla 8 chorych leżących. Asocyalni chorzy I i II klasy będą umieszczani razem z chorymi III klasy w ogólnych pawilonach.

Na wystającym cyplu terenu ku zachodowi od kaplicy stoją jeszcze dwa pawilony: bliżej kaplicy stojący (ryc. 8), o 17 łóżkach dla mężczyzn i 17 dla kobiet, przeznaczony jest do izolowania chorych na jaglicę i na zakaźne skórne cierpienia; w celu umożliwienia chociażby jakiejkolwiek segregacyi psychiatrycznej tych chorych oddziały te podzielone zostały na pokoje dla 3 do 4 chorych. Najdalej ku zachodowi jest wysunięty pawilon (ryc. 9) dla ostrych chorób zakaźnych, podzielony na 4 oddziałki, 2 na parterze, 2 na I piętrze. Każdy oddziałek ma osobne wejście, ale wspólne wyjście i składa się z 2 pokojów, każdy po 2 łóżka, pokoju pielęgniarza, kuchenki, brudowni i klozetu dla pielęgniarza. Klozety dla chorych stoją w ich pokojach, ruchome wanny na korytarzu.

Maleńki domek (ryc. 11) na wschód od pawilonu dla ostrych chorób zakaźnych mieści dezynfekcyę parową i formalinową, a także piec do spalania zakażonych przedmiotów. Na zachodnim krańcu wysuniętego cyplu znajduje się prosektoryum (rys. 10) z salą sekcyjną, trupiarnią, muzeum anatomopatologicznem i mieszkaniem służącego prosektoryjnego. Wystawa zwłok odbywać się będzie w kapliczce przedpogrzebowej przy cmentarzu, w której jest równocześnie mieszkanie grabarza.

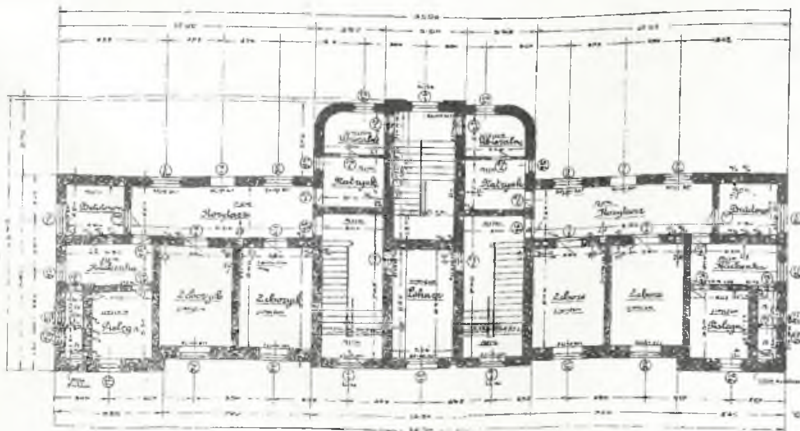
Folwark, położony w zachodnio-północnym kącie terenu zakładowego, przy drodze powiatowej, składa się z mieszkania ekonoma, stajni z wozownią, obory, chlewni, stodoły, kurnika i rzeźni. Folwark zaopatrzony jest także w wodę z wodociągów krakowskich i w oświetlenie elektryczne.



Rys. 2 a i 2 b. Pawilony dla przypadków sądowych.

Główny — południowy — kompleks terenu zakładowego otoczony jest zwykłą siatką drucianą i żywopłotem, tak samo, jak ogródki poszczególnych pawilonów (z wyjątkiem kryminalnego).

Każdy pawilon posiada od strony południowej otwartą terasę, która łagodnym skłonem, pokrytym murawą, łączy się z ogródkiem.



Rys. 9. Pawilon zakaźny.

Wszystkie budynki zakładowe, z wyjątkiem kaplicy i folwarku, są podpiwniczone. Mieszkań suterenowych niema jednak nigdzie, piwnice są przeznaczone na składy, pod kuchnią na masarnię i chłodnie. W piwnicy pawilonu dla przewlekle chorych mężczyzn mieści się kręgielnia. Poza tem znajdują się w piwnicach niektóre urządzenia mechaniczne, pomiędzy niemi także wentylacyjne; przewietrzanie pawilonów chorych odbywa się przez dopływ ogrzewanego w zimie powietrza i przez kanały wyciągowe.

Po ukończeniu budowy zakładu i rozszerzeniu go do 800 etatowych łóżek koszt jednego łóżka wyniesie około 10.500 koron.

Po otwarciu zakładu projektowana jest organizacya opieki rodzinnej w sąsiednich wioskach.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 21. V. 1912.

1) Borowiecki przedstawił przypadek **porażenia opuszkowego.** Chora M. K., l. 50, żona wyrobnika, pochodzi z rodziny, w której miało nie być chorób nerwowych i umysłowych. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo. Żadnych ciężkich chorób nie przechodziła. Za mąż wyszła w 25. r. ż., zachodziła w ciążę 6 razy, z tego raz roniła; pierwsze dziecko żyje, 4 umarło w młodym wieku. Po raz pierwszy zauważyła chora w styczniu r. 1911, że mówi trochę chrapliwie. Jesienią r. 1911 mowa pogorszyła się, powoli też zjawiało się osłabienie obydwu rąk, zwłaszcza paluch ręki prawej stawał się coraz słabszy. Przed miesiącem zauważyła chora, że ślina jej wciąż z ust płynie, że jej w gardle zasycha i że połykać jej trudno. Przy piciu płyny czasami wracały nosem. Pokarmy stałe może jeść tylko po trochu, zawsze jednak część ich zostaje w gardle i wraca po pewnym czasie przez usta. Od jakiegoś czasu nie może chora poruszać dobrze językiem.

Badanie wykazuje bolesność nn. nadoczodołowego, podoczodołowego i usznoskroniowego na ucisk, osłabienie odruchów spojówkowych i rogówkowych obustronne, żywy odruch z m. żwacza, upośledzenie ruchów szczęką, zniesienie odruchu gardłowego i osłabienie odruchu z łuków podniebiennych, drżenie włókienkowe w mięśniach lewej połowy twarzy, utrudnienie ruchów języka. Mowa o odcieniu nosowym, niewyraźna, choć wszystkie słowa są wymawiane. Przy piciu wody chora zachłystuje się i kaszle. Ruchy bierne w kończynach górnych prawidłowe, odruchy bardzo żywe. Ruchy czynne prawidłowe, jakkolwiek nieco niezgrabne i słabsze, tylko rozstawianie, zestawianie i przeciwstawianie palców, zwłaszcza kciuka, upośledzone znacznie. W kończynach dolnych napięcie mięśniowe i odruchy prawidłowe. Ruchy czynne we wszystkich stawach osłabione, jakkolwiek możliwe, najgorsze w lewym stawie skokowym. Zaburzeń czucia, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca niema. Rozpoznanie trudności nie przedstawia: wobec wystąpienia pierwszych objawów w zakresie mowy i dołączenia się później dopiero, i to bardzo nieznacznych objawów ze strony kończyn, wobec górowania objawów opuszkowych, bez wahania w przypadku tym rozpoznać można porażenie opuszkowe. Podkreślić należałoby w przypadku tym objawy, które dadzą się wytłómaczyć tylko zajęciem włókien czuciowych n. trójdzielnego, względnie czuciowego jądra tego nerwu, mianowicie obustronne osłabienie odruchów spojówkowych i rogówkowych, jak i bolesność na ucisk n. nadoczodołowego i t. p. Wskazywałoby to na sprawę, przekraczającą wyłącznie ośrodki ruchowe, w jakich porażenie opuszkowe zazwyczaj się sadowi.

2) Borowiecki przedstawił **przypadek, w którym rozpoznanie waha się pomiędzy guzem a ropniem mózgu.** Chory T. K., l. 19, rolnik. Choroba obecna zaczęła się w marcu roku ubiegłego od napadowych bólów głowy, bez wymiotów i mdłości. W sierpniu przy chodzeniu zataczanie się, zwłaszcza w prawo. W listopadzie napad drgawek ogólnych z utratą przytomności. Od tego też czasu zawroty głowy. Od grudnia szum w uchu prawem, a od lutego r. b. zaburzenia połykania i szum w uchu lewem. Chory zaprzecza kile, pijaństwu.

Badanie wykazało tarczę zastoinową na obu oczach, niedowład nerwu twarzowego prawego, wyraźniej zaznaczony w zakresie gałązki dolnej, opuszczenie powieki prawej, rozszerzenie źrenicy lewej i upośledzenie ruchów gałki ocznej lewej ku wewnątrz, ku górze i ku dołowi, zniesienie odruchów spojówkowych i osłabienie rogówkowych, zwłaszcza po stronie prawej, zniesienie odruchów gardłowych i podniebienia miękkiego, głuchotę obustronną, wybitniejszą po stronie prawej, wreszcie bezład o charakterze móżdżkowym. Odczyn Wassermanna wypadł ujemnie, próba Pirqueta dodatnio. Tętno zazwyczaj zwolnione, koło 60. Ciepłota prawidłowa, w przeciągu pobytu chorego w klinice raz jeden wychylenie do 37·1, zazwyczaj ciepłota poniżej 37°. Nakłucie lędźwiowe wykazało ciśnienie płynu mózgowordzeniowego 22 mlm. Co się tyczy głuchoty chorego, to klinika laryngologiczna rozpoznaje po stronie prawej przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, po stronie lewej przewlekły nieżyt ucha środkowego. Badanie stroikami wykazało zupełną prawie głuchotę ucha prawego na tony wysokie, co przemawia za zajęciem nerwu słuchowego.

Wobec bólów głowy, odczuwanych przedewszystkiem po stronie prawej, wobec skarg podmiotowych chorego, że mieni mu się przed okiem prawem, wobec pierwotnego zataczania się w prawo i większości objawów, stwierdzonych po stronie prawej, mieści się ognisko prawdopodobnie przedewszystkiem po stronie prawej, jakkolwiek być może (jeśli nie chcemy przyjmować kilku ognisk), że przekracza ono linię środkową. Objawy stwierdzone każą się wahać pomiędzy określeniem siedziby ogniska w tylnej jamie czaszkowej, a w okolicy wzgórków czworaczych. Przeciw siedzibie wyłącznej w kącie móżdżkowo-mostowym przemawiają przedewszystkiem objawy niedowładu lewego nerwu okoruchowego i opuszczenie powieki prawej. Równie niepewną, jak siedziba, jest i istota tego ogniska. Jakkolwiek obraz kliniczny odpowiadać może najzupełniej guzowi, to jednak wobec stwierdzonego przez klinikę laryngologiczną przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego po stronie prawej, nie da się stanowczo wyłączyć ropień mózgu. Brak podwyższonej ciepłoty zdarza się bowiem i przy ropniach. Ze względu na wybitną tarczę zastoinową (c.+7 D) w pierwszym rzędzie, a po części ze względu na wybitny bezład móżdżkowy, zwolnienie tętna i bóle głowy wskazany jest zabieg operacyjny, mający na celu zmniejszenie ciśnienia śródczaszkowego. Do trepanacyi skłaniałby zarówno guz, jak i ropień mózgu. Wobec niepewnej jednak siedziby guza trzeba poprzestać na dekompresyi w najbliższej okolicy przypuszczalnego ogniska, a zatem w zakresie tylnej jamy czaszkowej w okolicy móżdżku po stronie prawej.

3) Borowiecki przedstawił przypadek **uszkodzenia ogona końskiego przez złamanie kręgosłupa.** Chory M. S., l. 45, górnik, doznał d. 9. września 1905 roku urazu: z wysokości metra spadł mu na plecy kamień i uderzył raz w kręgosłup poniżej łopatek, później w okolicę kości krzyżowej. Chory stracił przytomność na bardzo krótko. Kiedy go wydobyto z pod kamienia, rękami mógł poruszać, natomiast nogami nie władał i stracił czucie poniżej kolan i na pośladkach. Mocz i stolec były zatrzymane. Po niespełna roku poprawiło się choremu o tyle, że mógł przy pomocy lasek chodzić; przy staniu zginały mu się nogi w kolanach. Mocz mógł oddawać sam, jakkolwiek z wysiłkiem, a stolec pozostał zaparty. Stan ten ma trwać do dzisiaj. Od wypadku osłabienie zdolności płciowej. Niekiedy bóle o charakterze szarpiącym z tyłu uda, zwłaszcza lewego. Po wypadku miał mieć chory silny ból w kręgosłupie, ból ten podobno nie rozpromieniał się. Chory kiły nie przechodził, alkoholik.

Badanie w zakresie nerwów czaszkowych i kończyn górnych zmian nie wykazało. Odruchy brzuszne i mosznowe prawidłowe. Ruchy bierne w stawach biodrowych prawidłowe, w stawach kolanowych napotykają nieco mniej oporu, natomiast najmniej w stawach skokowych. Odruch kolanowy lewy znacznie osłabiony, odruch ścięgna Achillesa zniesiony obustronnie. Odruchów podeszwowych, Strümplla i Oppenheima niema. Odruch odbytowy zniesiony, pośladkowy zachowany. Na goleniach znaczne zaniki, zwłaszcza

w grupie mm. strzałkowych. Ustawienie obydwu kończyn dolnych w postaci stopy końskoszpotawej (pes equinovarus). Zginanie i prostowanie, odwodzenie i przywodzenie, jako też okręcanie w stawie biodrowym prawidłowe. Prostowanie w kolanie nieco upośledzone, zwłaszcza po stronie lewej, podobnie i zginanie w stawie kolanowym. Prostowanie w stawie skokowym niemożliwe obustronnie, jak i prostowanie palców. Odwracanie i nawracanie w stawie skokowym zniesione. Zginanie w stawie skokowym możliwe, ale bardzo słabe, zginanie palców niemożliwe. Zaburzenia czucia na kończynach dolnych charakteru korzonkowego w zakresie okolic skóry. unerwionych przez odcinki L_4-S_5, zaburzenia dotyczące wszystkich rodzajów czucia. Kręgosłup bez skrzywień, nie jest bolesny na ucisk i opukiwanie. W okolicy wyrostka ościstego X. kręgu grzbietowego, I. kręgu lędźwiowego i kości krzyżowej ślady urazu w postaci starć naskórka. Streszczając wyniki badania, powiedzieć można, że zaburzenia ruchowe sięgają ku górze aż do L_3, zaburzenia czuciowe do L_4, ku dołowi do S_5.

Zaburzenia podobne może dać uszkodzenie t. zw. »epiconus« ($L_5\,S, S_3$), czyli części rdzenia leżącej powyżej stożka (t. j. S_3-S_5), prawdopodobnie z równoczesnem zajęciem już i L_4, jak i uszkodzenie ogona końskiego, zarówno zatem uszkodzenie kręgosłupa na wysokości I. lędźwiowego, jak kręgu III., względnie IV. lędźwiowego. Różniczkując zatem tylko pomiędzy schorzeniem dolnego odcinka rdzenia a ogonem końskim, zwrócić należy uwagę na następujące szczegóły obrazu klinicznego. Zaburzenia czucia bez rozszczepienia przemawiałyby za ogonem końskim. Asymetrya, która zdarza się częściej przy cierpieniach ogona końskiego, jakkolwiek daje się zauważyć (nierówność odruchów kolanowych, upośledzenie większe zginaczy i prostowników kolana po stronie lewej), nie jest dość wybitna. Co się tyczy bólów, nie występowały one w przypadku tym na pierwszy plan: zjawiły się zaraz po urazie, a o rozpromienianiu się ich nic nie wiemy. Porażenia wystąpiły odrazu, jak to bywa przy uszkodzeniach stożka, nie pojawiały się zaś powoli, jak to bywa przy ucisku ogona końskiego. Wreszcie ślady urazu nie pomagają w tym przypadku przy różniczkowaniu pomiędzy uciskiem ogona końskiego i stożka, ponieważ widoczne ślady w postaci starć naskórka mamy z jednej strony w okolicy X. kręgu piersiowego i I. lędźwiowego, z drugiej jednak strony w okolicy kości krzyżowej. Lekka asymetrya i brak rozszczepienia czucia przemawiają za ogonem końskim, brak bólów rozpromieniających i natychmiastowe wystąpienie porażeń po urazie przeciwko ogonowi końskiemu, a za stożkiem. Wątpliwości rozstrzygnął rentgenogram, który wykazał złamanie kręgosłupa w okolicy III. i IV. kręgu lędźwiowego.

W dyskusyi podnosi Piltz, że nawet gdyby nie było rentgenogramu, należałoby przyjąć uszkodzenie ogona końskiego ze względu na asymetryę, która przecież daje się stwierdzić, jak również ze względu na brak rozszczepienia czucia, zwłaszcza wobec niepewności, z jaką chory daje odpowiedzi co do obecności bolów po urazie. — Rydel zaznacza, że jednak szybkie wystąpienie objawów po urazie nie wyłącza drobnych krwotoków w stożku, jakie opisywane były i przy uszkodzeniach ogona końskiego.

4) Onufrowicz przedstawia przypadek z objawami **padaczki Jacksona**. Chory P. K., lat 43, dziedzicznie nie obarczony, ojciec 9 zdrowych dzieci. Cięższych chorób nie przechodził, alkoholu używa w miernej ilości. Przed dwoma laty został pobity żelaznym kijem po głowie, stracił wtedy przytomność; odzyskawszy ją po upływie $^1/_2$ godziny, o własnych siłach powrócił do domu. Zaraz po tym wypadku dokonano operacyi, ale chory nie umie opowiedzieć, jakiej. Rany zagoiły się po dwóch miesiącach. W 6 tygodni po pobiciu zaczęła drgać lewa górna powieka i lewa połowa nosa, po dwóch miesiącach wystąpiły drgawki lewej połowy twarzy i lewej ręki, która przez dwa poprzednie miesiące była bezwładna. Z początku drgawki występowały raz na miesiąc, chory nie tracił przytomności, dopiero po pół roku po raz pierwszy stracił przytomność. W rok po urazie napady co tydzień, zawsze z utratą przytomności, obecnie raz na 1—2 tygodni. Moczu, ani stolca chory pod siebie nie oddaje, język przygryza. Po napadzie nie śpi, czuje się podnieconym, niespokojnym. Napad trwa 3—4 minut, drgawki tylko lewej połowy twarzy, lewej ręki i ramienia. Przed napadem miewa chory parestezye po lewej stronie twarzy. Chory zawsze zdoła zabezpieczyć się przed upadkiem, nigdy się nie potłukł. Cięższej pracy jednak podołać nie może, dostaje napadu po każdym znaczniejszym wysiłku. Stan psychiczny nie uległ żadnej zmianie.

Badanie wykazało 5 cm ponad prawem okiem bliznę 13-cm długą, idącą ku tyłowi głowy równolegle do linii środkowej. Odpowiednio do blizny wgłębienie kości, a w części środkowej brak kości, długości 5 cm, szerokości 2—3 cm. W miejscu tem stwierdzić się daje tętnienie i napinanie się przy napięciu oddechu. Lewy fałd nosowo-twarzowy cokolwiek płytszy, aniżeli prawy. Przy otwieraniu ust i wyszczerzeniu zębów lewy kąt ust ustawiony niżej, niż prawy. Lekkie drganie języka. Znieczulenie lewej połowy twarzy najwyraźniej w obrębie II. gałązki nerwu trójdzielnego, znieczulenie lewej górnej kończyny, zwłaszcza ręki; takież w obrębie III. i IV. nerwu szyjnego. Astereognozya lewej ręki. Dno oka prawidłowe. Tętno miarowe, tętnice cokolwiek twarde. Zresztą brak zmian chorobowych. Chory we wrześniu 1911 r. poddał się we Lwowie po raz drugi operacyi, nie wywarła ona jednak żadnego dodatniego wpływu.

Po dyskusyi zgodzono się na ewentualne wykonanie trepanacyi celem usunięcia wgłębienia kości.

5) Borowiecki przedstawił przypadek **sclerosis lateralis amyotrophica** z objawami opuszkowymi. Chory A. D., gospodarz, l. 50, pochodzi z rodziny nieobarczonej dziedzicznie, chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholik. Od 7. roku życia do 10. cztery napady rzekomo padaczkowe. Żadnych zresztą chorób A. D. miał nie przechodzić. Choroba obecna zaczęła się podobno w marcu r. 1911. Chory zauważył wtedy utrudnienie w chodzie i osłabienie obydwu kończyn dolnych, zwłaszcza lewej. Często potykał się, gdyż palce kończyn dolnych zaczepiały się o ziemię. Od jesieni chodzi już tylko o kiju. W lutym r. 1912 zauważył, że mówi gorzej, niż przedtem, i że trudno mu połykać, zwłaszcza płyny. W tym samym czasie miał zauważyć, że »robią mu się dziury między palcami« ręki lewej, później prawej. Kończyny górne osłabły całe, ale najwyraźniej palce. Bólów żadnych nie miewał.

Badanie wykazało w zakresie nerwów czaszkowych osłabienie odruchów spojówkowych obustronne, żywy odruch z m. żwacza, lekki niedowład obydwu gałązek n. twarzowego lewego, osłabienie ruchów języka, drżenie włó-

kienkowe jego mięśni i mowę niewyraźną o brzmieniu wybitnie nosowem. W kończynach górnych wzmożenie odruchów ścięgnistych i okostnych, upośledzenie przeciwstawiania palców ręki lewej, jako też rozstawiania i zestawiania obu rąk. Z odruchów brzusznych wywołać się dawał tylko odruch środkowy: był on silniejszy po stronie prawej. W kończynach dolnych napotyka się przy ruchach biernych w kolanie znaczniejszy opór, większy po stronie lewej, w obydwu stawach skokowych natomiast wiotkość. Odruchy kolanowe obustronnie wzmożone, drganie (clonus) rzepki po obu stronach. Odruch ścięgna Achillesa silniejszy po stronie prawej. Objawu stopowego brak. Odruch podeszwowy w postaci zagięcia palców wybitniejszy po stronie prawej. Stopa szpotawo-końska obustronnie, wyraźniej zaznaczona po stronie prawej. Ruchy czynne w stawie biodrowym prawidłowe. W stawie kolanowym utrudnione zginanie, zwłaszcza po stronie lewej. W stawie skokowym po stronie lewej ruchy niemożliwe, po prawej upośledzone. Ruchy palców kończyn dolnych niemożliwe. W m. czworogłowym drgania włókienkowe, zwłaszcza po ruchach czynnych. Przy podnoszeniu kończyn dolnych w m. czworogłowym szereg wypukleń i zagłębień. Wypuklenia te zbitsze od otaczającej tkanki mięsnej, niekiedy zaś wiotsze. Zaburzeń czucia niema. Rozpoznanie w przypadku tym jest bardzo proste, wahać się ono może tylko pomiędzy sclerosis lateralis amyotrophica a paralysis bulbaris. Wobec usadowienia się choroby na początku w kończynach dolnych, a dołączenia się później dopiero objawów opuszkowych i wobec wybitności zmian w kończynach przyjąć musimy rozpoznanie stwardnienia bocznych powrózków z zanikiem mięśni. Ciekawą jest w przypadku tym kombinacya stanu wiotkiego ze skurczowym w kończynach dolnych.

W dyskusyi przypomina Landau przypadek z tem samem schorzeniem, jaki przedstawiał w półroczu zimowem. W przypadku tym nie było wogóle stanów kurczowych w kończynach dolnych. Obecność ich lub brak zależy od tego, czy pierwej zanikają korzonki, czy powrózki. L. zwraca nadto uwagę na istniejącą w obecnym przypadku asymetryę twarzy.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 18. XII. posiedzenie, na którem wybrano Zarząd Towarzystwa na r. 1913.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 14. XII. statutem organizacyjnym kliniki psychiatryczno-neurologicznej w Krakowie, oraz wydała opinie w sprawie podwyższenia taks szpitalnych w Drohobyczu, Przemyślanach, Stryju i Tarnopolu.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa Prof. Dr Dobrowolskiemu serdeczne podziękowanie za książki ofiarowane bibliotece.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Kursa samarytańskie, urządzone w kilkunastu prowincyonalnych miastach Galicyi, mają bardzo liczną frekwencyę; np. w Nowym Sączu zgłosiło się na kurs, prowadzony przez Dr Dudzińskiego, około 400 uczestników.

— Ze względu na organizowane w kraju kursa samarytańskie, a w odpowiedzi na zapytania kilku kolegów, przypominamy, że najnowszem dobrem dziełkiem polskiem w tym zakresie jest »Pielęgnowanie chorych« Dr Józefa Starzewskiego, (Lwów 1912, Gubrynowicz i Syn, cena 4 kor.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Rok LI. Kraków, dnia 28. grudnia 1912. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Stosowanie benzolu w białaczce.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

Dr Zygmunt Wachtel

asystent kliniki.

Jednym z najnowszych sposobów leczenia białaczki znajdujących się obecnie w okresie prób, jest stosowanie benzolu. Pierwszy Koranyi zastosował ten środek w celach leczniczych. Opierał on się na doświadczeniach Sellinga. Ten zauważył u dwóch chorych kobiet, ktore zmarły z powodu ostrego zatrucia benzolem, znaczne zmniejszenie się liczby krwinek białych, połączone z ciężką niedokrwistością. Z tego powodu podjął doświadczenia na materyale zwierzęcym i przekonał się, że benzol, w bardzo małych dawkach podawany królikom, podrażnia szpik i wpływa na zwiększenie się liczby krwinek białych, a w większych dawkach wywołuje leukopenię, i to bardzo znaczną. Równocześnie zauważył Selling przy podawaniu benzolu w większych dawkach aplazyę narządów krwiotwórczych.

Koranyi i jego asystent Kiralyfi stosowali u kilku chorych na białaczkę śledzionową przez kilka tygodni benzol w dawkach dość znacznych, tak że średnia dawka dzienna wynosiła 4 gr. W przypadkach opisanych przez Koranyego rzeczywiście ilość krwinek białych po sześciu tygodniach znacznie się zmniejszyła, a w kilku przypadkach wróciła do liczb prawidłowych. Jednakowoż postacie krwinek białych, jakie zwykle spotyka się w białaczce, nie uległy zmianie; wprawdzie po stosowaniu benzolu odsetkowo nieco się zmniejszyły, ale zawsze jeszcze utrzymywały się we krwi myelocyty, znamienne dla białaczki. Równocześnie ze zmniejszeniem się ilości krwinek białych zauważył Koranyi również zmniejszenie się śledziony. Objawów zatrucia benzolem nawet po podaniu 5 gr benzolu Koranyi nie spostrzegał.

Te badania i ich wyniki dały w klinice krakowskiej pochop do leczniczego stosowania benzolu w białaczce. Dotychczas stosowano go w dwóch przypadkach; w jednym jednakże przypadku ciężkiej białaczki śledzionowej musiano po trzech dniach przestać podawać benzol, gdyż w moczu pojawiła się znaczna ilość białka (około 0·25%). Drugi natomiast przypadek białaczki, w którym stosowano benzol z pomyślnym skutkiem przez sześć tygodni, przebiegał, jak następuje:

L. Dz. 245. L. C. 16. S. S., l. 38, żona rolnika, zgłosiła się po raz pierwszy do kliniki dnia 17. II 1912. Od porodu, który się odbył przed 10 tygodniami, czuła się nieco osłabiona, a od pięciu tygodni zauważyła guz w lewej połowie brzucha; zgłasza się z powodu tego guza i znacznego osłabienia.

Stan obecny: Chora wątła. Skóra blada, sucha, na skórze brzucha liczne blizny poporodowe, na kończynach dolnych nieznaczny, ale wyraźny obrzęk. Na twarzy zabarwienie blado-sinicze, źrenice i dno oczu bez zmian, wargi sine, oba migdałki równomiernie powiększone (chora podaje, że często cierpiała na zapalenie gardła), szyja krótka, gruczoły szyjne i karkowe nie macalne, płat lewy gruczołu tarczowego powiększony. Płuca i serce bez zmian. Brzuch w całości wzdęty, przy dotykaniu niebolesny. Śledziona bardzo znacznie powiększona, sięga do talerza biodrowego lewego, przekracza na trzy palce linię środkową ciała, gładka, ruchoma, o brzegach ostrych, nie bolesna, przy ruchach wdechowych bardzo wyraźnie się obniża; górną granicę śledziony można opukiwaniem oznaczyć na dolnym brzegu siódmego żebra. Mocz bez białka i cukru, w osadzie niema nic nieprawidłowego.

Badanie cytologiczne[1]) krwi, dokonane w dniu przyjęcia chorej, dało następujący wynik: Krwinek białych 182,000 krwinek czerwonych 3,695,000, Hb (Sahli) 67%, krzepliwość krwi zmniejszona, w krwi świeżej nieliczne mikrocyty i makrocyty. Krwinki białe odsetkowo: limfocyty małe 1·33%, ciałka przejściowe 1%, neutrofilne 82% (z tych część znaczna w stanie niezupełnie rozwiniętym), eozynochłonne 0·33%, komórki tuczne (bazofilne) 1·60%, komórki szpikowe (myelocyty neutrofilne) 10·6%, myelocyty eozynochłonne $^1/_3$%; nadto znaleziono myeloblastów 1·33%, komórek przejściowych między myeloblastami a myelocytami 2%, myelocytów bazofilnych 0·33%.

Rozpoznanie kliniczne: Leucaemia myeloides.

Stan chorej mimo 16 podskórnych wstrzykiwań arsacetyny po 0·10 na dawkę zupełnie się nie poprawił. Chora po 14 dniach opuściła klinikę na własne żądanie bez żadnej poprawy. Po wyjściu z kliniki czuła się chora coraz bardziej osłabioną, a wieczorami miała być ciepłota podwyższoną. Wobec tego zgłosiła się powtórnie do kliniki dnia 26. X. 1912. Stan ogólny chorej zupełnie się nie zmienił od czasu opuszczenia kliniki, śledziona powiększona w tych samych granicach.

Badanie krwi po powtórnem zgłoszeniu się do kliniki: Krwinek białych 160,000; krwinek czerwonych 3,526.000,

[1]) Badanie kliniczne krwi przeprowadzał kol. Zakrzewski.

stosunek krwinek 1·22, Hb (Sahli) 72%, wskaźnik Hb 1·03, barwa krwi bledsza; w krwi świeżej nieliczne poikilocyty; w krwi barwionej sposobem Jennera normoblasty (po kilka w jednym preparacie), polichromatofilia wyraźna. Krwinki białe: limfocyty małe 1%, limfocyty duże 6%, ciałka przejściowe 2%, neutrofilne 62%, eozynochłonne 0·75%, komórki tuczne (bazofilne) 1·75%, komórki szpikowe (myelocyty) neutrofilne 23%, komórki szpikowe eozynochłonne 0·5%, komórki szpikowe bazofilne 0·5%, myeloblasty 2·5%, Chora bardzo osłabiona, łaknienie znacznie upośledzone, ciepłota ciała w wieczornych godzinach dochodzi do 38° C. Mocz bez zmian.

Podano chorej benzol w ilości 3 gr dziennie. W pierwszych dniach po zażywaniu benzolu miała chora częste odbijania, zresztą innych dolegliwości nie miała. Badanie krwi dnia 6. II. dało następujący wynik: Krwinek białych 139,000, ilość krwinek czerwonych 3,608,000, Hb (Sahli) 65%, wskaźnik Hb 0·92; w krwi barwionej znaleziono jeszcze pojedyncze normoblasty (dwa w jednym preparacie). Krwinki białe odsetkowo: limfocyty małe 1·5%, limfocyty duże 5%, ciałka przejściowe 1·5%, neutrofilne 60·5%, eozynochłonne 1%, komórki tuczne (bazofilne) 1·5%, komórki szpikowe (myelocyty) neutrofilne 25·5%, komórki szpikowe eozynochłonne 0·5%, myeloblasty 3%. Chora czuje się nieco silniejsza, ciepłota ciała w wieczornych godzinach dochodzi do 37·4°C.

Następne badanie krwi, wykonane dnia 18. XI., dało wynik następujący: Krwinek białych 102,600, krwinek czerwonych 3,856,000, Hb (Sahli) 68%, wskaźnik Hb 0·9; we krwi barwionej znaleziono jeden normoblast polichromatofilny (w dwu preparatach). Krwinki białe: limfocyty małe 1·25%, limfocyty duże 3·5%, ciałka przejściowe 1·75%, neutrofilne 71%, eozynochłonne 0·5%, komórki tuczne (bazofilne) 1%, komórki szpikowe neutrofilne 18·25%, komórki szpikowe eozynochłonne 0·75%, komórki szpikowe bazofilne 0·25%, myeloblasty 1·75%.

Ponieważ chora dobrze znosiła 3 gr benzolu dziennie, a w moczu, prócz zwiększenia kwasu moczowego, nie było nic nieprawidłowego, zaczęto podawać benzol w ilości 4 gr dziennie. Chora od tego czasu czuła się z każdym dniem silniejszą, ciepłota ciała, przedtem stale wieczorem podwyższona, obecnie nie przekraczała 37°C, śledziona znacznie zmalała i obecnie nie sięga do linii środkowej ciała, a pod łukiem żebrowym w kształcie sierpa sięga na szerokość dłoni.

Badanie krwi dnia 4. XII. 1912: Krwinek białych 37·000, krwinek czerwonych 4,200.000, Hb (Sahli) 78%, wskaźnik Hb 0·93, krwinki czerwone prawidłowe; krwinki białe: limfocyty małe 1·5%, limfocyty duże 4·5%, ciałka przejściowe 3%, neutrofilne 79%, eozynochłonne 1%, komórki tuczne (bazofilne) 0·5%, komórki szpikowe neutrofilne 10%, myeloblasty 0·5. Chora czuje się zupełnie dobrze, cieplota ciała wieczorem 36·8°C.

Badanie krwi dnia 9. XII.: Krwinek białych 13,000, krwinek czerwonych 4,314.000, Hb (Sahli) 76%, wskaźnik Hb 0·89, krwinki czerwone prawidłowe; krwinki białe: limfocyty małe 1·5%, limfocyty duże 5·25%, ciałka przejściowe 2·75%, neutrofilne 76·25%, eozynochłonne 0·5%, komórki tuczne (bazofilne) 0·25%, komórki szpikowe neutrofilne 11%, myeloblasty 1·25%.

Ponieważ chora czuje się obecnie zupełnie dobrze, odstawiono obecnie na kilka tygodni benzol.

Na razie po stosowaniu benzolu można w tym przypadku wysnuć następujące wnioski:

Benzol jest rzeczywiście środkiem, który wpływa znacznie na zmniejszenie się ilości krwinek białych. Wprawdzie w pierwszych dwóch tygodniach ilość krwinek białych bardzo nieznacznie się zmniejszyła, jednakże ciepłota ciała, przedtem stale podwyższona, już po pierwszym tygodniu znacznie się obniżyła i ogólny stan chorej poprawił się. W czwartym tygodniu stosowania benzolu spadek ilości krwinek białych był już bardzo znaczny. Odsetkowy stosunek krwinek białych początkowo nie uległ żadnej zmianie, ale po pięciu tygodniach komórek szpikowych (myelocyty neutrofilne) znacznie ubyło na korzyść ciałek neutrofilnych; śledziona po pięciu tygodniach również znacznie się zmniejszyła, a ciepłota ciała, przedtem stale dochodząca do 38°C, nie przekraczała 37·6 C; stan ogólny chorej poprawił się, tak że chora po sześciu tygodniach pobytu w klinice czuła się tak dobrze, iż mogła wrócić do zajęcia.

Na razie na podstawie dotychczasowego wyniku leczenia benzolem nie można twierdzić, jakoby benzol był pewnym środkiem przeciwko białaczce, gdyż nawet przy znacznem zmniejszeniu się ilości krwinek białych ilość myelocytów zawsze odsetkowo była zwiększona, czyli sama sprawa chorobowa po sześciu tygodniach podawania benzolu nie została na razie usunięta, natomiast można było zauważyć, że benzol usuwa już po krótkim czasie pewne objawy, które stale towarzyszą białaczce, jak ogólne osłabienie i podwyższoną ciepłotę, wywołuje zmniejszenie się znaczne ilości krwinek białych, jakoteż zmniejszenie się śledziony. Ciekawym jest szczegółem, że benzol na krwinki czerwone i na odsetek Hb w naszym przypadku nie działał szkodliwie, lecz przeciwnie, ilość krwinek czerwonych nawet wzrosła.

Niewiadomo jednak, czy po odstawieniu benzolu na pewien czas wszystkie te objawy nie powrócą. Jak dotąd za krótki jest czas obserwacyi, by można coś o tem powiedzieć. Gdyby jednak przyszłe obserwacye kliniczne pokazały, że ilość krwinek białych, zwłaszcza myelocytów, po odstawieniu benzolu nie zwiększa się, byłoby to rzeczą bardzo doniosłą dla leczenia białaczki, którą dotychczas leczono bądźto arsenem i salwarsanem prawie bez żadnego skutku, bądźto naświetlaniem promieniami Röntgena i thorem, które to środki wprawdzie w krótkim czasie wywołują zmniejszenie się ilości krwinek białych, ale jako metody lecznicze są niedostępne w praktyce prywatnej. Na razie nadaje się benzol wprawdzie tylko do leczenia klinicznego, gdzie można dokładnie obserwować chorego, gdyż, jako silna trucizna komórkowa, może wywołać ciężkie objawy zatrucia, jak to zresztą doświadczalnie Selling stwierdził na zwierzętach.

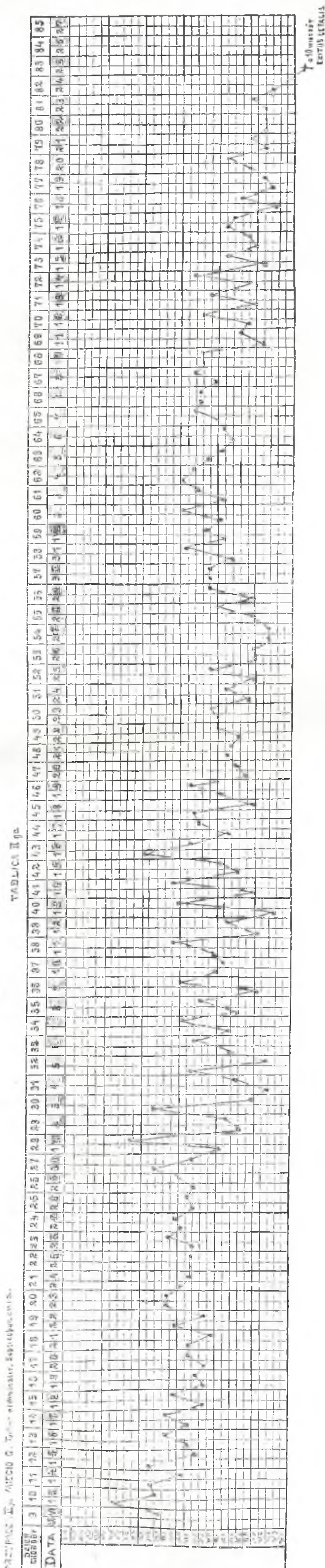
Przyczynek do kazuistyki zakrzepów żylnych i następczych zakażeń mieszanych ogólnych jako powikłań duru brzusznego.

Podał

Dr W. Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

(Dokończenie).

Dnia 10. VIII. Stan ciągle jednakowy; obrzęki na lewej stopie i łydce w kilku miejscach popękały, dając bardzo wielką ilość surowiczego płynu, tak że trzeba po kilka razy na dobę owijać nogę świeżemi prześcieradłami, aby



zapobiedz przesiąknięciu całej pościeli. Ograniczone obrzęki około stawów rąk i palców bez zmiany; na lewej kości biodrowej i w dolnej części brzucha, nad lewą pachwiną, sprawiają wrażenie chełbotania, lecz jest to przejściowe. Wychudzenie ogólne i nadzwyczajne obolenie całego ciała.

Taki stan trwał bez zmiany przez następne dwa tygodnie, w końcu których obrzęki zaczęły się zmniejszać, na rękach w pobliżu stawów i na palcach rąk ustąpiły prawie zupełnie; na lewem biodrze i w lewej dolnej połowie brzucha zjawiło się wyraźne i stałe, głębokie, podmięśniowe chełbotanie.

Stan ogólny nieco się poprawił; bóle przestały dokuczać choremu dziecku, które wychudzone i osłabione, robiło wrażenie żyjącego szkieletu z nadmiernie opuchłą lewą dolną kończyną. Na twarzy, na policzkach pod oczami i na powiekach nieznaczne obrzęki. Tętno wahało się między 120—106 uderzeń na minutę, stało się nieco wyraźniejszem; podmuch skurczowy u końca serca znikł; mocz, jaśniejszy i nieco obfitszy, zawierał 0,15—0,30‰ białka.

D. 24. VIII. Przy ciepłocie 36.6° i tętnie 96 na minutę, około południa zjawił się, rzekomo bez powodu, nagle bardzo silny ból w prawej przedniej połowie klatki piersiowej; brzuch stwardł, zjawiło się olbrzymie wzdęcie, przyczem odgłos opukowy bębenkowy dochodził aż pod prawą pachę. Tętno 160 na minutę, nitkowate, coraz słabsze; oddech około 40 na minutę, bardzo powierzchowny; skóra pokryta lepkim potem. Objawy te sprawiały wrażenie nagłego przedziurawienia do jamy brzusznej oraz do śródpiersia przedniego lub jamy opłucnej prawej. Przy ciągłych bólach, bardzo powierzchownym, coraz częstszym oddechu, oraz stopniowym zaniku tętna, śmierć nastąpiła o godz. 10 wieczorem tegoż dnia. Był to, jak wskazuje (tablica II) krzywa ciepłoty, 82. dzień od początku choroby, której przebieg starałem się możliwie krótko przedstawić.

Brak danych sekcyjnych nie pozwala nam na rzeczowe ujęcie i sprawdzenie zmian anatomopatologicznych, jakie zaszły w chorym ustroju. Również brak badania bakteryologicznego krwi i wysięków przerzutowych zapalnych, nie daje nam dokładnego pojęcia o właściwym charakterze drobnoustrojów wtórnego zakażenia posoczniczo-ropniczego, jakie zaczęło rozwijać się mniej więcej w czwartym tygodniu choroby. Zdaje mi się, że nie będę dalekim od prawdy, jeżeli na zasadzie całego przebiegu klinicznego przypuszczę, że punktem wyjścia śmiertelnych powikłań był powolny zakrzep w lewej żyle biodrowej, który stopniowo posuwając się ku górze, przeszedł na żyłę biodrową zewnętrzną i żyłę biodrową wspólną; za tem przemawia powolne zjawianie się i stopniowe powiększanie się obrzęku na coraz to większym odpowiednio obszarze żylnym. Zakrzep stopniowo doszedł do żyły głównej dolnej, a uległszy powolnemu rozmiękn̄ieniu i sposoczeniu, dał posokowatoropne przerzuty w różnych punktach ciała, przeważnie około stawów kończyn górnych. Ognisko posokowatoropne w okolicy żyły głównej dolnej przebiło, jak przypuszczam, do otrzewnej i opłucnej prawej, co było ostateczną przyczyną objawów przedśmiertnych i samego zejścia śmiertelnego.

Tworzenie się zakrzepów w naczyniach krwionośnych, zarówno w tętnicach, jak i w żyłach, jako powikłanie w przebiegu chorób zakaźnych ostrych, jest rzeczą oddawna spostrzeganą i badaną. Pomijając cały szereg chorób połogowych, w których takie zakrzepy żył przymacicznych i najbliższej okolicy mogą być punktem wyjścia całej sprawy chorobowej z następczą posocznicą lub ropnicą popołogową, w każdej chorobie zakaźnej może nastąpić tego rodzaju powikłanie. Wszyscy anatomopatologowie i klinicyści spostrzegali je niejednokrotnie. Leyden, A. Fränkel, Litten podczas epidemii grypy (1890—1892) spostrzegali zakrzepy w nogach, rękach, głowie i tułowiu; Eichhorst przy płonicy w nogach i głowie; Rosin w obu żż. udowych po zapaleniu okołokątniczem; Lipman-Wulf w żyle głównej dolnej po krupowem zapaleniu płuc; P. Frānckel i Weil

w żyle udowej przy durze brzusznym i t. d. U nas spostrzegali zakrzepy naczyń krwionośnych przy chorobach zakaźnych: Jakowski, Dunin, Matlakowski, Janowski, Świeżyński, Arnstein, Gluziński, i wielu innych. Odtąd coraz więcej znane są ogółowi lekarzy praktycznych zakrzepy w kończynach dolnych, przy durze brzusznym i grypie, zmuszające niekiedy nawet do amputacyi kończyn; dalej zakrzepy zatok mózgowych, szybko wiodące do zejścia śmiertelnego; następnie zakrzepy większych lub mniejszych żył wewnętrznych, wywołujące niekiedy nagłe zejście śmiertelne przez zator tętnicy płucnej, niekiedy zaś kończące się ogólną posocznicą lub ropnicą, krócej lub dłużej trwającą, zwykle śmiertelną. Powikłania takie, zwłaszcza z objawami sposoczenia zakrzepów, uważane są za fatalne pod względem rokowania co do życia (Curschmann). Jaka jest przyczyna tworzenia się zakrzepów żylnych przy chorobach zakaźnych, jest to rzeczą, jak dotąd, jeszcze niedostatecznie rozstrzygniętą. Bezwątpienia gra tu rolę zespół kilku przyczyn, a mianowicie: 1) Zmiana krwi żylnej wskutek gorączki. 2) Zwolniony i utrudniony jej obieg. 3) Zapalenie ściany żylnej wogóle, a osobliwie jej warstwy wewnętrznej (endophlebitis). 4) Przepełnienie krwi drobnoustrojami chorobotwórczymi, produktami ich życia (toksyny czyli egzotoksyny) i resztkami ich pośmiertnemi (endotoksyny, Leiberbakteriennachresten). 5) Indywidualne usposobienie osobnika chorego, oraz 6) Możliwość wpływu przyczyn mechanicznych, działających miejscowo podczas choroby lub też jeszcze przed jej wybuchem, w okresie jej wylęgania lub wcześniej, a więc blizna po zagojeniu się rany, uraz, ucisk i t. p. Ullmann i Colzi możliwość wpływów mechanicznych stwierdzili na królikach. W moim przypadku uraz lewego uda, choć niewielki, (wywołujący tylko trwający dni kilka siniec), poprzedzał niespełna na tydzień domniemaną chwilę wkroczenia zarazka durowego. Być może, że właśnie ta okoliczność była później powodem wytworzenia się zakrzepu w żyle udowej lewej; przemawiałoby za tem jeszcze i powolne wytwarzanie się sprawy zakrzepowej.

U nas nad przyczynami tworzenia się zakrzepów żylnych przy chorobach zakaźnych przeprowadzał badania doświadczalne M. Jakowski (»Przyczynek do nauki o zakrzepach żylnych pochodzenia zakaźnego« »Gazeta Lekarska« 1898 Nr 40 i 2) »Udział mikroorganizmów w powstawaniu zakrzepów żylnych« »Gazeta Lekarska« 1900 Nra 36 i 37), który dochodzi do wniosku, że »osiadłe wskutek zwolnienia krwiobiegu, a także wskutek przypuszczalnego podrażnienia intimae, na ścianie naczyń bakterye wytwarzają toksyny, które na miejscu ich produkcyi z drobnoustrojów mogą powodować krzepnienie krwi, resp. wytwarzanie się skrzepów«. Biochemicznie znaczy to, że »wspomniane toksalbuminy, resp. toksyny, drażniąc elementy krwi, ciałka białe, a być może i płytki krwi, muszą działać rozkładająco na zawartą w jądrach białych krążków nukleinę i wydzielać z niej, zgodnie z poglądami Lilienfelda, t. zw. leukonukleinę, dawny ferment włóknikowy, powodujący tworzenie włóknika z osocza krwi«. Do podobnego wniosku dochodzi również Bardeleben (Berlin), który w pracy swej: »Streptococcus und Thrombose« (Archiv für Gynäkol. B. 83. H. 1.) powiada, że: »Paciorkowce uszkadzają leukocyty, z których wyzwala się substancya, wydzielając włóknik z osocza krwi. Następuje to wtedy nawet, gdy obsiądą one ścianę naczynia na zewnątrz; o ile zaś przenikną w prąd krwi, to gdy ten miejscami słabnie, wytwarzają się tam zakrzepy«. Naturalnie, gdy zakrzep już utworzony przez analogiczne działanie innej zakaźnej bakteryi, a jak w tym razie prątka durowego Ebertha, staje się podłożem dla dalszego rozwoju paciorkowców lub gronkowców, które zostały wessane w obieg krwi z jakiegokolwiek miejsca chorego ustroju, n. p. choćby z ropiejących swoistych durowych wrzodów w jelitach, cały następczy przebieg choroby przybiera cechy złośliwe. Przedewszystkiem z powodu asocyacyi bakteryi i ich metabiozy potęguje się wzajemnie lub jednostronnie ich jadowitość (Baumgarten l. c. patrz wyżej), a następnie sposoczałe lub zropiałe części skrzepu, uniesione przez prąd krwi, osiadają w różnych tkankach ustroju, wywołując posokowate lub ropne przerzuty z całym nieuniknionym łańcuchem niebezpiecznych następstw. Przy zajęciu naczyń wątrobnych może nastąpić ropień wątroby lub sprawa posokowata w całym jej układzie krwionośnym, jak to przypuszczam, było w pierwszym opisanym przypadku; przy zapaleniu zakrzepowem żyły udowej zakrzep może stopniowo szerzyć się na całe terytoryum zstępne, sięgając do palców, oraz wstępne, sięgając aż do żyły głównej dolnej, co, jak sądzę, nastąpiło w przypadku drugim. Zropienie i sposoczenie skrzepu może nastąpić już pod działaniem samego prątka durowego Ebertha, jego toksyn i endotoksyn (Janowski, Dmochowski, Curschmann i inni), lub też drogą zakażenia wtórnego (Dunin, Jakowski, Bardeleben, Baumgarten i wielu innych) przez wniknięcie ziarenkowców ropotwórczych do krwi drogami, wspomnianemi wyżej, jak: przez wessanie do krwi z ropiejących owrzodzeń jelitowych (Dunin, Senger), ropiejącej odleżyny (F. Jakowski Port) i t. p. Zakażenie wtórne, powstałe na tem tle w drugim moim przypadku, przebiegało zupełnie inaczej, niż w pierwszym, dając klinicznie obraz bardziej przewlekłej posocznicoropnicy: 1) Brakowało przedewszystkiem silnych napadów dreszczów wstrząsających; o ile były dreszczyki lub ziębienia, to tylko tak nieznaczne, że ani samo chore dziecko, ani najbliższa jego rodzina, która bardzo starannie i pieczołowicie opiekowała się chorym, nie dostrzegało ich zupełnie. 2) Zjawienie się upartych pleśniawek w jamie ustnej należałoby również zdaniem mojem odnieść do septycznych objawów zakażenia mieszanego. Arnstein spostrzegał je również w przypadku duru brzusznego, powikłanego posocznicą (Gazeta Lekarska 1898 Nr 21), przyczem zjawiły się one prawie jednocześnie z innymi objawami posocznicy, jak posokowate zapalenie ucha, zastrzał (panaritium), ropnie w tkance łącznej podskórnej. 3) Dalej, przerzutowe zapalenia wysiękowe w tkance łącznej podskórnej, głównie w okolicach różnych stawów lub trzonów kostnych na kończynach górnych cechowały odrębność przypadku; były one częściowo chełboczące, lecz cecha ta była przemijająca, tak, że do miejscowego ropienia jawnego w punktach tych nie doszło.

W obu opisanych przypadkach widzimy, że właściwe objawy durowe, z chwilą wystąpienia zakażenia posoczniczego, osłabły i stały się drugorzędnymi; zgadza się to z tem, co już nadmieniłem o niewspółmierności ciężkich objawów ogólnych za życia w porównaniu z niewielkiemi, swoistemi dla duru brzusznego, zmianami w jelitach, jakie po śmierci nieraz tylko w nader małych rozmiarach znajdowano (Ebstein, Port, Arnstein i cytowany przez ostatniego Osler).

W obu opisanych przezemnie przypadkach należy przypuścić spotęgowaną złośliwość działających bakteryi zakaźnych; nader długi jednak przebieg choroby, zwłaszcza w przypadku drugim (82 dni), wskazuje na to, że złośliwość nie dosięgła tego najwyższego stopnia, przy którym zejście śmiertelne następuje o wiele prędzej, nie dopuszczając do rozwinięcia się objawów umiejscowienia się sprawy chorobowej w różnych punktach ustroju.

Brak danych sekcyjnych i badania bakteryologicznego w obu opisanych przypadkach stanowi ujemną stronę moich spostrzeżeń. Pomimo to niezwykły przebieg kliniczny obu przypadków, wchodzących w zakres sprawy, zaprzątającej oddawna umysły badaczy i lekarzy praktyków, zniewolił mnie do ogłoszenia ich w tej myśli, że nie będą one zbędne w szeregu spostrzeżeń, mających na celu wyjaśnienie zawikłanego zagadnienia pochodzenia zakrzepów żylnych i zakażeń mieszanych przy durze brzusznym. W dziedzinie tej pierwsze świetne prace, ogłoszone u nas jeszcze przed kilkunastu laty przez Jakowskiego, Dunina, Janowskiego,

Dmochowskiego, Gluzińskiego i Korczyńskiego, są do dzisiejszego dnia pełne aktualnego znaczenia, schodząc się w zupełności z najnowszemi badaniami w tym kierunku, o jakich niejednokrotnie w ciągu pracy niniejszej wspominałem. Daleki jestem od mniemania, żem w krótkiem wyjaśnieniu mych spostrzeżeń wyczerpał wszystkie odnoszące się tu źródła. Bezwątpienia istnieją jeszcze inne prace, oprócz wspomnianych przezemnie, zarówno nasze polskie, jak i cudzoziemskie, dotyczące tego przedmiotu; chwilowo nie są mi one znane ani dostępne, co jest już wynikiem warunków, w jakich praeuję.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenia naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie.

I. Posiedzenie w dniu 8. XI. 1912 r.

1) Prymaryusz Dr Krokiewicz przedstawił a) chorego z wadą utworową, polegającą na **odwrotnym układzie wnętrzności klatki piersiowej i jamy brzusznej**. Chory, liczący lat 25, zgłosił się do szpitala 15. X. b. r. z powodu uporczywego kaszlu i duszności. Według wywiadów przebył w 8. roku życia zapalenie płuc; później był zdrów i pracował ciężko jako pomocnik murarski i dopiero od roku zapada często na kaszel suchy i łatwo się męczy. Ojciec umarł na chorobę nerek; matka żyje i zdrowa; jedna siostra zmarła w szpitalu przed kilku tygodniami na gruźlicę opon mózgowych w 26. roku życia. Chory okazuje dobre odżywienie, budowę kośćca prawidłową; na twarzy nieznaczną sinicę, (która po kilku dniach ustąpiła). Przy oglądaniu klatki piersiowej widoczne uderzenie koniuszkowe serca w prawej linii sutkowej w V prawem międzyżebrzu. Wymiary serca na poprzek powiększone. Stłumienie serca rozpoczyna się na IV prawem żebrze i sięga na lewo do środka mostka. Nad koniuszkiem serca wyraźny szmer skurczowy i przedskurczowy, który udziela się ku podstawie serca; drugie tony nad ujściami tętniczemi silniej zaakcentowane. Tętno prawidłowe 80, parcie (Riva Roccii) 125 mm. Hg. Klatka piersiowa prawidłowa. Granica dolna płuca po prawej stronie leży na 4. żebrze; po stronie lewej na 6. żebrze w linii sutkowej; z tyłu po obu stronach w linii przykręgowej na dolnym brzegu 10. żebra; ruchome. Odgłos opukowy wszędzie jawny na klatce piersiowej z wyjątkiem opisanego stłumienia sercowego; szmery oddechowe zaostrzone, tu i owdzie świstami i furczeniami pokryte. Liczba oddechów 20. W jamie brzusznej ułożenie trzew odwrotne; mianowicie w podżebrzu prawem stwierdzić można stłumienie odpowiadające śledzionie, a w podżebrzu lewem — stłumienie wątrobowe. Prześwietlanie promieniami Röntgena (Dr Korabczyńska) potwierdza w zupełności wynik badania fizycznego, a zarazem uzupełnia obraz topograficzny trzew w jamie brzusznej, gdyż wykazuje, iż dno żołądka i pętla esowata znajdują się po stronie prawej. Również prześwietlenie promieniami Röntgena wykazuje cień tętniący, właściwy tętnicy głównej, odpowiednio do zmienionych warunków ułożenia serca co wyłącza nieprawidłości w ułożeniu głównych pni naczyniowych (transpositio) co do tętnicy głównej i płucnej. W narządzie moczowopłciowym, nerwowym, zmian chorobowych nie można wykazać. Wobec tego rozpoznanie kliniczne opiewa: Situs inversus completus viscerum. Endocarditis chronica mitralis ss. insuff. valv. bicuspidalis et stenosi ostii venosi sin.

Prelegent pokrótce porusza teorye, dotyczące wytwarzania się wad utworowych (1. p. defectum, 2) p. excessum, 3. p. hermaphroditismum, 4. p. fabricam alienam) i nadmienia, iż wada utworowa przedstawiona, polegająca na odwrotnem ułożeniu trzew, zaliczana bywa do wad »per fabricam alienam« i początek swój bierze w bardzo początkowym okresie rozwoju zarodka, najprawdopodobniej wskutek czynnika mechanicznego, jak np. silnego wstrząsu; zarazem udowadnia rozpoznanie niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia żylnego lewego jako następstw sprawy chorobowej nabytej, t. j. przebytego zapalenia wsierdzia w życiu pozapłodowem.

b) Przedstawia chorego z objawami **tętniaka aorty** na granicy łuku i części zstępującej i omawia rozpoznanie różniczkowe między tętniakami aorty a innymi guzami klatki piersiowej. Chory przebył przed dwudziestu laty uporczywą kiłę i przez cały czas następnie był leczony przeciwkiłowo. Zaostrzenie przypadów chorobowych wystąpiło po zastosowaniu metodycznem kąpieli z CO_2.

c) Dalej przedstawia chorego z **białaczką szpikową** (leucaemia myelogenes), u którego stosowano **leczenie benzolem** według metody Koranyego i zestawia w dłuższym wywodzie przebieg kliniczny i obraz anatomopatologiczny tudzież obecne poglądy ze względu na patogenezę i leczenie białaczki.

Chory, strażnik skarbowy, 30 lat liczący, stanu wolnego, prócz chorób zakaźnych zwykłych, w dzieciństwie przebytych, miał być zawsze zdrów i tylko w ostatnich kilku latach doznawał po dłuższem chodzeniu uczucia znużenia w łydkach. Od 9 miesięcy zauważył w podżebrzu lewem guz, rosnący coraz bardziej, i tamże po zmęczeniu od czasu do czasu tępy ból, który w ostatnich tygodniach silniej występował, tudzież uczucia dreszczyków i ziębienia w palcach rąk i nóg. Kiły nie przechodził; dwukrotnie tylko był leczony na trypra. Ojciec zmarł w 54. roku życia na zapalenie płuc; matka żyje i jest zupełnie zdrowa.

Badanie w dniu 20. IX. b. r. wykazało: Osobnik wzrostu średniego, dobrze odżywiony i zbudowany, o ogólnem wejrzeniu zdrowem. Waga ciała 68 kg. Skóra prawidłowo zabarwiona, bez jakichkolwiek zmian. Gruczoły obwodowe zupełnie prawidłowe; (pomimo dokładnego badania nie można nigdzie wykazać gruczołów powiększonych). Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Liczba oddechów 20; tętno prawidłowe, 80; Riva Rocci 125 mm. Hg. Na języku i na błonie śluzowej policzka prawego ograniczone zgrubienie białawe (leucoplakia). Brzuch w okolicy podżebrza lewego znacznie wysklepiony i tamże za uciskiem nieco tkliwy. Wątroba prawidłowa. Śledziona bardzo duża, twarda, sięga od 7. lewego żebra poniżej pępka i przekracza linię środkową na prawo. Wymiar podłużny śledziony wynosi 27 cm., a poprzeczny 25 cm. Mocz zmian ważniejszych nie okazuje. Apetyt i sen bardzo dobry; trawienie prawidłowe.

Badanie krwi (3. X.) wykazało: Hb. 68% (Sahli); ilość krwinek czerwonych 3,200.000; ilość krwinek białych 330,000 w 1 cm^3. Stosunek leukocytów: limfocyty 3%, neutrofile 49%, eozynowe 4%, bazofilne 3%, tudzież 41% myelocytów (neutrofile 34%, eozynowe 2%, bazofilne 1%, przejściowe 2%, szpikowe ciałka 2%). Ciałka czerwone krwi układają się prawidłowo; skąpe normoblasty.

Choremu podawano benzol (Benzoli p. olei oliv. aa 0,5) w kapsułkach żelatynowych według wskazówek Koranyego 2—5 gr. dziennie. Chory wyżył wogóle 126 gr. benzolu i znosił lek ten bardzo dobrze. W 17. dniu leczenia zauważono zmniejszenie się wymiaru podłużnego śledziony o 4 cm. i zmniejszenie się ilości krwinek białych w 1 mm. z 330000 na 241000; myelocytemia jednak utrzymywała się w tym samym stopniu, gdyż wynosiła 40%, przyczem stosunek pojedynczych form myelocytów uległ nieznacznym wahaniom na korzyść eozynowych i bazofilnych. Pod koniec leczenia, t. j. 27. X, śledziona w wymiarze podłużnym zmniejszyła się o 6 cm, a w poprzecznym o 2 cm., natomiast ilość hemoglobiny spadła do 58; ilość krwinek białych wynosiła w 1 mm^3 256000; ilość krwinek czerwonych utrzymywała się na tym samym poziomie (3600000), toż samo i myelocytemia (40%). Dnia 6. XI., skoro lecze-

nie zakończono, ilość hemorglobiny opadła do 42%, ilość krwinek białych wynosiła w 1 mm^3 232000 (myelocytów 40%), krwinek czerwonych 3600000; wymiary śledziony prawie takie same.

Wogóle pod wpływem zażywania benzolu zmniejszyła się śledziona dość znacznie, zmniejszała się ilość krwinek białych (o 100000) spadała bardzo Hb (z 68% do 42%); ilość krwinek czerwonych nie ulegała zmianie. Należy też podnieść, iż obniżanie się ilości krwinek białych pod wpływem leczenia benzolem było krótkotrwałe, gdyż po przerwie kilkudniowej podawania benzolu ilość krwinek białych rychło wzmagała się do pierwotnego poziomu i znów rychło opadała przy dalszem stosowaniu leku. Ilość moczu codziennie badana wynosiła początkowo na dobę średnio 1500 cm. a 21·1‰ mocznika, a później 1400 cm. i 16‰ mocznika; mocz zawsze bez białka. Waga ciała spadła nieznacznie, wynosiła 67 kg. 500 gm.

Wogóle przypadek ten poucza, iż chory może znieść duże dawki benzolu, i to przez kilka tygodni, bez objawów zadrażnienia nerek i przewodu pokarmowego; nie można jednak upatrywać w benzolu środka leczniczego swoistego dla białaczki, ale zgodnie z doświadczeniami Seelinga na zwierzętach i Kiralyfego na ludziach (klinika Koranyego) benzol sprawia czasowe obniżenie ilości krwinek białych i aplazyę układu krwiotwórczego, przyczem nie wpływa na myelocytemię, a więc nie zmienia istoty chorobowej białaczki. Ze względu na szybkie stosunkowo obniżanie się hemoglobiny należy leczenie benzolem w białaczce stosować z pewną ostrożnością.

W końcu zaznaczył prelegent, iż przypadek przedstawiony zdaje się bardzo przemawiać za zapatrywaniem Zieglera co do istoty białaczki, który upatruje pierwotne źródło choroby w miąższu śledzionowym wskutek wytwarzania się toksyn, pod wpływem których dopiero następowo przychodzi do zadrażnienia szpiku kostnego i rozwoju sprawy chorobowej.

2) Dr Rec przedstawia następujące przypadki: a) J. S. lat 48, rozpoznanie przed operacyą: wrzód żołądka. Podczas operacyi znaleziono **wrzód żołądka** na tylnej ścianie i krzywiźnie małej, którego dno stanowiła trzustka. Poprzeczne **częściowe wycięcie żołądka,** gastrojejunostomia. Obecnie tak stan ogólny chorego, jak i miejscowy zupełnie dobry.

b) Trzy przypadki **przepukliny uwięzniętej zaniedbanej.**

α) J. M. lat 45, z przepukliną udową, od 5 dni uwięzniętą i następowym ropniem kałowym w pachwinie. Wobec złego ogólnego stanu chorego przecięto tylko ropień kałowy i założono dren do pętli doprowadzającej. W 10 dni potem wycięto pętlę jelita i otwarto ropień w jamie Douglasa. Obecnie rana zagojona.

β) B. N. l. 39, z przepukliną udową, od 10 dni uwięznięta. następowym ropniem kałowym i rozległą ropowicą na udzie. Osłabienie chorej bardzo znaczne. Po nacięciu ropnia i ropowicy założono odbyt sztuczny, który w kilkanaście dni później zamienił się w przetokę kałową, a ta się powoli zamknęła bez najmniejszych widocznych następstw dla chorej. Należy zaznaczyć, że chora ta leczona była przez lekarza miejscowego z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego.

γ) J. S. lat 52, z pęknięciem jelita cienkiego i następowem ogólnem zapaleniem otrzewnej skutkiem odprowadzenia przez siebie przepukliny pachwinowej tuż po jej uwięźnięciu. Po odpowiedniem zaopatrzeniu jelita pękniętego, jamę brzuszną przepłukano fizyol. rozczynem soli i wlano do niej około 50 gr. 1% oliwy kamforowej, a do jamy Douglasa założono dren. Chory obecnie opuszcza oddział jako wyleczony.

3) Dr Kosiński przedstawia a) chorą J. K. lat 54, u której z powodu **raka żołądka** i przerzutu w płacie wątroby lewym, dokonano rozległej **resekcyi żołądka oraz części** płatu lewego **wątroby** zajętej przez raka. (przedstawienie chorej i preparatu); b) chorą S. S. l. 43., u której z powodu **wrzodu żołądka**, usadowionego na krzywiźnie małej, którego dno stanowił lewy płat wątroby, zlepiony z powłokami, wycięto wrzód wraz z częścią płatu wątrobowego. Ubytek zaszyto i wykonano powyżej gastrojejunostomię. Chora jako wyleczona opuszcza szpital.

4) Dr Rychliński przedstawia przypadek **zwężenia odźwiernika** na tle wrzodu z następowem rozszerzeniem żołądka. Dokonana w dn. 12. X. 1912 przez Prof. Rutkowskiego operacya wykazała, iż żołądek dolną granicą sięga na 2 palce poniżej spojenia łonowego, odźwiernik nieco zgrubiały i zwężony, a cała przednia ściana żołądka ściśle złączona z powłokami brzusznemi. Zabieg polegał na dokonaniu gastrojejunostomii (retrocolica posterior). Przebieg pooperacyjny prawidłowy, a badanie promieniami Röntgena w dniu 30. X. 1912 wykazuje, iż żołądek sięga zaledwie 3 palce poniżej pępka; odźwiernik przesunięty nieznacznie na prawo od pępka, zresztą kształt żołądka prawidłowy. Obiad Riedera wypełnia cały żołądek równomiernie; w 2½ godz. pozostała zaledwie ¼ część obiadu. Chory czuje się dobrze, a stan fizyczny, rozpaczliwy przed operacyą, powoli, ale stale się poprawia. (Chory opuścił szpital w dn. 12. XI. 1912).

5) Dr Türschmid przedstawia przypadek **papilloma vesicae.** P. C., l. 43. liczący robotnik kopalniany, zgłosił się z powodu krwiomoczu, trwającego od dwóch miesięcy. Chory wysoce niedokrwisty, skóra woskowo blada, osłabienie znaczne. Parokrotne próby cystoskopii niemożliwe z powodu ciągłego silnego krwawienia. Mimoto, iż nie można było z tego powodu postawić ścisłego rozpoznania, ze względu jednak na lichy stan chorego i upadek sił przystąpiono do operacyi. Drogą cięcia nadłonowego otwarto pęcherz i tu na prawej bocznej ścianie ponad ujściem moczowodu znaleziono guz wielkości jaja kurzego o charakterze brodawczaka (potwierdzone badaniem mikroskopowem). Guz wycięto, pęcherz zeszyto na głucho, do przestrzeni Retziusa sączek przez cewkę, do pęcherza cewnik główkowy Pezzera. Dziś w miesiąc po operacyi, mocz czysty, bez osadu, krwi nie zawiera, chory wraca szybko do sił i zdrowia.

6) Dr Bobak przedstawia dwa przypadki **zwichnięcia stawu łokciowego odprowadzonego sposobem krwawym.** W obu przypadkach, nie mogąc odprowadzić przedramienia sposobem bezkrwawym, w pierwszym z powodu zrostów, w drugim z powodu odłamka kostnego, znajdującego się w stawie, przystąpiono do otwarcia stawu, przyczem staw ze zrostów oczyszczono, względnie usunięto odłamek, a kości prawidłowo ustawiono. Miesienie, kąpiele i ruchy bierne doprowadziły staw prawie w ciągu miesiąca do stanu pod względem czynności zupełnie prawidłowego.

7) Dr Kostecki: **Zastosowanie neosalwarsanu w kile dziedzicznej u oseska.** Matka przed trzema laty przechodziła kiłę i leczyła się. Po trzech latach poród, dziecko pozornie zdrowe, po trzech miesiącach jednak występują objawy kiły dziedzicznej w postaci pęcherzycy kiłowej na dłoniach i podeszwach. Przyniesione dziecko, liczące obecnie 5 miesięcy, karmione sztucznie, przedstawia obraz zupełnego zaniku, blade, wynędzniałe, nie krzyczy, z sapką, ze swoistym nieżytem nosa, z kłykcinami sączącemi w ustach i na nogach, oraz z guzkową wysypką kiłową, porozrzucaną po całem ciele. Zastosowano neosalwarsan 0,15 śródmięśniowo w pośladek w ilości 5·0 H_2O; żadnych objawów ubocznych po wstrzyknięciu nie było. Bezpośrednio po zabiegu ogólny stan dziecka zaczął się poprawiać, nieżyt nosa ustąpił i szybko zaczęły ulegać wessaniu wszystkie zmiany tak na skórze, jak i na błonach śluzowych. Takiego wyniku leczniczego przy stosowaniu dotychczas używanych środków osiągnąćby nie można. Dziecku polecono w dalszym ciągu wcieranie maści rtęciowej.

8) Prym. Dr Borzęcki przedstawia chorego z **lupus verrucosus hypertrophicus** na goleni i stopie. Ogniska chorobowe oddzielone od siebie pasmami skóry niezmie-

nionej, przedstawiają obraz następujący: Skóra i tkanka podskórna przerosła, zgrubiała, powierzchnia ognisk skutkiem wielkiej ilości barwika ma odcień ciemno-brązowy; tu i ówdzie powierzchowne owrzodzenia, przeważnie jednak pokryte naskórkiem i drobnymi brodawkowatymi twardymi guzkami. Choroba trwa od lat kilkunastu.

9) Na końcu nastąpiła demonstracya klisz z pracowni rentgenologicznej, do których objaśnień udzieliła Dr Korabczyńska.

Sekretarze: A. Markowa, M. Kosiński.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 21. IX. 1912.

I. Kol. Biegański poświęcił kilka słów pamięci zmarłego w Tomaszowie Dra Sękowskiego, który przez lat kilka mieszkał w Częstochowie i był jednym z założycieli i pierwszym sekretarzem Towarzystwa lekarskiego. Zmarły brał czynny udział w życiu społecznem Częstochowy, przewodniczył sekcyi kolonii letnich przy miejscowem Towarzystwie dobroczynności dla chrześcian, wreszcie był jednym z założycieli Oddziału częstochowskiego Towarzystwa higienicznego warszawskiego. Pamięć Dra Sękowskiego uczczono przez powstanie z miejsc.

II. Kol. Stefan Kohn przedstawił dwie chore, operowane w prywatnej klinice położniczo-ginekologicznej miejscowej (kol. N. Kohna i St. Nowaka). Jedna z tych chorych miała olbrzymią **torbiel jajnika**, druga — **wypadniętą macicę** i pochwę. W tym drugim przypadku oprócz plastycznej operacyi krocza i szyjki wykonano jeszcze operacyę Alexandra-Adamsa. Stan chorych zupełnie dobry.

III. Kol. Szaniawski opisał przypadek **krwotoku miesiączkowego, leczonego surowicą przeciwbłoniczą**. Młoda dziewczyna, dotychczas zdrowa, dobrze odżywiona, dostaje po raz pierwszy miesiączki. W trzecim dniu z powodu nadzwyczaj obfitego krwawienia występują nudności, zawroty głowy, bardzo silne osłabienie ogólne. W piątym dniu wymioty, omdlenia, tętno nitkowate 150. Wobec groźnego stanu chorej i nieskuteczności wszystkich stosowanych środków, wstrzyknięto nazajutrz 6 flakonów surowicy przeciwbłoniczej. Już po pięciu godzinach krwotok zmniejszył się znacznie, a na drugi dzień ustał prawie zupełnie. W ciągu pierwszych dwóch dni po wstrzyknięciu surowicy było zupełne zatrzymanie moczu, w trzecim dniu ciepłota podniosła się do 39°. Obecnie chora czuje się nieźle, pozostało tylko pewne osłabienie i małokrwistość. Ponieważ badanie miejscowe nie wykryło żadnych zmian w macicy, kol Szaniawski rozpoznaje **krwawiączkę**.

W dyskusyi kol. Perłowski opisuje przypadek krwotoku macicznego na tle niewątpliwej krwawiączki. Wstrzyknięto dwa flakony surowicy przeciwbłoniczej — bez żadnego skutku. Kol. Szaniawski sądzi, że dawka ta była zbyt małą. Tylko duże ilości surowicy możliwie świeżej mogą dać wyniki pomyślne. — Zdaniem kol. Stefana Kohna w uporczywych krwotokach pewne usługi oddać może galwanizacya macicy: biegun ujemny do jamy macicznej, biegun dodatni odpowiedniej wielkości na brzuch. — Kol. Rozenfeld sądzi, że rozpoznanie krwawiączki w przypadku kol. Szaniawskiego, wobec braku dziedziczności i krwotoków ze strony innych narządów, nie jest bezwzględnie pewne. W każdym razie zastosowanie surowicy było bezwarunkowo celowe, albowiem surowica, będąc najlepszym środkiem w leczeniu krwawiączki, wywiera często wpływ bardzo pomyślny przy najrozmaitszych krwotokach, np. w chorobach zakaźnych, w gruźlicy, przy wrzodzie żołądka i t. d. (Mongaur).

IV. Kol. Rozenfeld opisał dwa przypadki ostrej **gruźlicy płuc, leczonej surowicą przeciwgruźliczą** Marmorka. W obydwóch przypadkach stan chorych był rozpaczliwy i nie budził najmniejszej nadziei powstrzymania dalszego rozpadu płuc i grożącej chorym katastrofy. W pierwszym przypadku (panna l. 20) zastosowano w lawatywach 12 flakonów surowicy, w drugim (mężczyzna l. 25) 13. Wyniki leczenia były wprost zdumiewające. Przedewszystkiem ujawniły się spadkiem ciepłoty (z 40° na 38°—37,5°), a następnie zmniejszeniem duszności, kaszlu, rozwolnienia i potów. Objawów nadwrażliwości nie zauważono. Chorzy po przeprowadzonem później leczeniu w Otwocku mogli z pewnemi zastrzeżeniami powrócić do pracy. W obydwóch przypadkach surowica Marmorka zdawała się oddziaływać w pierwszym rzędzie na objawy, wywołane bezpośrednio zakażeniem toksynami gruźliczemi. Objawy miejscowe przez czas dłuższy pozostawały bez widocznej poprawy. W końcu referent omówił bliżej wskazania do użycia surowicy Marmorka, podkreślił różnicę w sposobie oddziaływania surowicy i tuberkuliny, wreszcie opisał metodykę wstrzykiwań i działanie uboczne.

V. Kol. Rozenfeld: **Nowe prądy w leczeniu chorób nerkowych.** Szablonowe stosowanie dyety mlecznej jest często niewłaściwe, a czasem nawet szkodliwe. Wybór pożywienia powinien być ściśle przystosowany do sprawności wydzielniczej nerek, ilość płynów do sprawności serca. Stąd też odróżniamy cztery rodzaje dyety, oparte poniekąd na podziale czynnościowym chorób nerkowych. Pierwszą postać stanowi dyeta wyłącznie mleczna, wskazana przedewszystkiem w ostrem zapaleniu nerek. Dyeta ta może być stosowana z korzyścią przez kilka dni każdego miesiąca w postaciach przewlekłych z upośledzonem wydzielaniem azotu i chloru i dobrą sprawnością serca lub też przez kilkanaście dni w zaostrzeniu postaci mocznicowej. W miarę możności przechodzimy jak najszybciej do dyety mlecznej mniej ścisłej i więcej pożywnej. Dodatek do mleka stanowią: kleiki, 40,0 gr. cukru, 100,0 gr. bułki suszonej, podług Acharda. masło i 1 jajko. Trzecia odmiana, t. zw. dyeta bezchlorowa, niesłona (Widal), wskazana jest w zapaleniu nerek przewlekłem, obrzękowem bez azotemii. Ujemną stroną tej dyety są zaburzenia trawienne, wywołane brakiem soli w pokarmach. Czwartą odmianę dyety, t. zw. podazotową (wodną, winogronową, mieszaną), stosować należy w postaciach mocznicowych przewlekłych, przebiegających z azotemią, zatrzymaniem chloru i wzmożonem ciśnieniem tętniczem. Z właściwych lekarstw, oprócz znanych ogólnie środków moczopędnych, czyszczących, napotnych i t. d., zasługują na uwagę przetwory nerkowe. Pod wpływem podawanych wewnętrznie suchych wyciągów nerkowych (0,25 kilka razy dziennie) spostrzegano znikanie obrzęków, duszności, zmniejszanie się białkomoczu. Jeszcze energiczniejszy wpływ wywiera surowica z żyły nerkowej, której działanie moczopędne bywa nieraz nadzwyczaj silne. Przeciwwskazaniem do użycia surowicy jest krwiomocz i objawy nadwrażliwości. Od kilku lat w chorobach nerkowych stosowane są zabiegi chirurgiczne: obłuszczenie (decapsulatio) i nacięcie nerki. Jako wskazanie podają obfity i uporczywy krwiomocz oraz bardzo ciężkie postacie ostrego zapalenia nerek, które w warunkach zwykłych kończą się śmiertelnie. Wreszcie na szersze rozpowszechnienie w praktyce lekarskiej zasługuje nakłucie lędźwiowe, które usuwa czasowo lub przynajmniej łagodzi wiele objawów mocznicy.

Dyskusyę nad tym referatem odłożono.

Posiedzenie z dnia 22. X. 1912.

I. Dyskusya nad referatem kol. Rozenfelda: **O leczeniu chorób nerkowych.** Kol. Stefan Kohn oświadcza, że w klinice wrocławskiej stosowano przez czas dłuższy obłuszczenie nerek przy rzucawce. Baum na 200 przypadków operowanych nie widział wyników dodatnich.

Kol. Biegański, powołując się na dawne doświadczenia Brown-Sequarda, ktore polegały na podwiązaniu moczowodów, wyraża przypuszczenie, że surowica żyły nerkowej dzięki swoistym hormonom może mieć wpływ pomyślny na przebieg choroby nerkowej. Dalej streszcza kol. Biegański pracę Hösslina, który stwierdził dodatnie działanie po-

dawanej wewnętrznie sody. Zwiększona kwaśność moczu, zależna od obecności we krwi kwaśnych fosforanów, zmusza ustrój do wytwarzania w celach samoobrony amoniaku. Ale wskutek drażniących własności amoniaku zwiększa się ilość białka i wałeczków. Stąd też ścisły związek między stopniem kwaśności moczu i ilością białka. Pod wpływem sody zwiększa się zasadowość moczu, zmniejsza ilość białka i giną wałeczki. Zależnie od stopnia kwaśności, można podawać 10,0—15 gr. dziennie sody. Spostrzeżenia Hösslina potwierdził Noorden. W końcu kol. Biegański proponuje kol. Wacławowi Konowi, żeby w rozbiorach moczu, dokonywanych w miejscowej pracowni, określał zawsze stopień kwaśności moczu.

Kol. Wacław Kon odpowiada, że badanie to było dotychczas pomijane z powodu nadsyłania do pracowni moczu, częściowo już rozłożonego pod wpływem stania. Określenie kwaśności może mieć istotną wartość tylko w moczu świeżym, niedawno oddanym. W dalszym ciągu przytacza kol. Kon świeżo ogłoszone doświadczenia Fränkla z Bonn, które zdają się potwierdzać poglądy Hösslina. Badania Fränkla dotyczą białkomoczu ortostatycznego u dzieci. Trzymając dzieci te przez kilkanaście minut z silnie wygiętym ku przodowi kręgosłupem, autor ten zauważył równoczesne zwiększanie się ilości białka i kwaśności moczu. Z jednej strony może to być następstwem ucisku żyły głównej i nieprawidłowego obiegu krwi w nerkach, z drugiej zaś wynikiem nadmiernego wytwarzania się kwasów w naprężonych mięśniach. Wprowadzając do ustroju zasady w ilości potrzebnej do zobojętnienia kwaśności moczu, Fränkel zauważył zmniejszanie się lub znikanie białka.

II. Kol. Biegański przedstawił chorego **z objawami porażenia opuszkowego**. Mężczyzna lat 56, przed 6 miesiącami poczuł nagle drętwienie i osłabienie lewej ręki i nogi, które po upływie pół godziny skończyło się porażeniem. Równocześnie zauważył chory znaczne utrudnienie w wymawianiu wyrazów. Przytomność umysłu była zachowana. Porażenie lewostronne po 6 miesiącach zmniejszyło się o tyle, że chory mógł wychodzić z domu. Natomiast zaburzenie mowy w ostatnich tygodniach jeszcze się wzmogło, w dodatku wystąpiły zaburzenia w żuciu i połykaniu pokarmów. Badanie obecne stwierdza ślady porażenia lewostronnego połowiczego oraz porażenie prawego nerwu twarzowego. Język mało ruchomy, z trudnością może być wysunięty poza brzeg zębów, zbacza w lewą stronę. Drgań włókienkowych niema. Łuki podniebienne ruchome. Ruchy mięśnia okrężnego ust ograniczone. Warga dolna zwisa, w czasie mówienia ślina spływa obficie. Mowa bardzo utrudniona, niewyraźna. Chory nie wymawia spółgłosek językowych i wargowych. Żucie utrudnione, przy połykaniu płynów chory od kilku dni się krztusi. Źrenice równe, słabo oddziałują na światło. Wzrok dobry, ruchy gałek ocznych prawidłowe. W czasie mówienia często występują napady mimowolnego śmiechu. Brak bólu i zawrotów głowy. Czucie zachowane. W sercu niema zmian wyraźnych. W moczu białka i cukru niema. Wywiady wyłączają kiłę. Powyższe objawy właściwe są porażeniu opuszkowemu. Nagły początek choroby przemawia za t. zw. porażeniem opuszkowem ostrem pochodzenia naczyniowego. Przyczyną choroby jest zapewne zakrzep w rozgałęzieniach tętnicy podstawowej mózgu i następcze rozmiękninie tkanki mózgowej. Ognisko znajduje się prawdopodobnie z prawej strony na granicy rdzenia przedłużonego i mostu; tylna część sadowi się między piramidą i oliwką, przednia w tkance mostu.

III. Kol. Biegański: **Nowsze badania nad unerwieniem i ruchem jelit**. Zbiorowe streszczenie prac Baylissa, Starlinga, Hertza, Müllera, Schwarza, Boehma i innych. Na wstępie referent opisał bliżej układ nerwowy autonomiczny jelit, składający się ze splotów Auerbacha i Meissnera, oraz jego znaczenie fizyologiczne. Następnie przeszedł do topografii i roli fizyologicznej nerwów trzewnych górnego i dolnego. W dalszym ciągu omówił rozgałęzienie w jelitach nerwu błędnego i nerwów, wychodzących ze splotu podbrzusznego, oraz wskazał na ich przeciwieństwo fizyologiczne z nerwami trzewnymi. Po tych uwagach wstępnych opisał ruch robaczkowy i wahadłowy jelit, znaczenie tych ruchów, oraz szybkość przesuwania się miazgi pokarmowej w różnych odcinkach przewodu pokarmowego. Zatrzymał się dłużej na ruchu wstecznym kątnicy i okrężnicy wstępującej. Dalej mówił o dzieleniu się (segmentacyi) kału w okrężnicy poprzecznej i o przesuwaniu się »segmentów« kału aż do prostnicy. W końcu opierając się na przytoczonych datach fizyologicznych, rozważył referent sposób powstawania nawykowego zaparcia stolca, mówił o zaparciu kurczowem (teorya Boehma), o postaciach »hypokinetycznych i dyskinetycznych« opisanych przez Schwarza, wreszcie wspomniał o badaniach najnowszych Meyera, Betza i Gebhardta, które wyjaśniają działanie środków czyszczących. Karol Rozenfeld.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Do Zarządu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego wybrani zostali na posiedzeniu w d. 18. XII: prezesem Dr Tomasz Janiszewski (ponownie), wiceprezesem prof. Dr Franciszek Nowotny, sekretarzem dorocznym Dr J. Zubrzycki, redaktorem »Przeglądu lekarskiego« prof. Dr Ciechanowski, a administratorem Dr B. Wojciechowski (obaj ponownie na 3 lata); członkami komisyi redakcyjnej Dr Blassberg, prof. Browicz, prof. Krzyształowicz, prof. Majewski i prof. Rutkowski (wszyscy ponownie), członkami komisyi rewizyjnej Dr T. Piotrowski i Dr Stahr, przewodniczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej prof. Mięsowicz, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy galic. prof. Browicz i prof. Ciechanowski, delegatem do komisyi kontrolującej Tow. lek. galic. prof. Ciechanowski, a delegatami na Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich Dr Ackermann, Cybulski, prof. Ciechanowski, Dr Damski, prof. Dobrowolski, Kostanecki, Dr Jan Landau starszy, Schöngut, Surzycki, Kwaśnicki, prof. Wicherkiewicz; jako zastępcy: prof. Bochenek, Dr Berezowski, prof. Reiss i Dr Z. Wachtel starszy. Urzędy skarbnika, gospodarza, sekretarza stałego i bibliotekarza pozostają bez zmiany do końca trzechletnich kadencyi.

— II. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich zgromadził w d. 20—23. XII. przeszło stu uczestników ze wszystkich dzielnic Polski. Zjazd zagaił prezes komitetu gospodarczego, prof. Piltz, poczem krótkie przemówienia powitalne wygłosili Dr Szarski, wiceprezydent m. Krakowa, rektor prof. Dr Zoll imieniem Uniwersytetu Jagiellońskiego, Dr Flatau od Towarzystwa naukowego warszawskiego, Dr Chłapowski od Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, Dr Męczkowski od warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i od Redakcyi »Gazety lekarskiej«, Dr Koelichen od warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy, prof. Dr Rubczyński od Towarzystwa filozoficznego krakowskiego, Dr Janiszewski od krakowskiego Towarzystwa lekarskiego i od »Przeglądu lekarskiego«. W otwarciu Zjazdu był Wydział lekarski krakowski reprezentowany przez liczne grono profesorów i docentów z dziekanem prof. Nowakiem na czele, Wydział lekarski lwowski reprezentowany przez prof. A. Gluzińskiego, Halbana i i. Prezesami Zjazdu wybrani zostali Dr Flatau, Chłapowski, Radziwiłłowicz, prof. Halban, Dr Goldflam, prof. Twardowski, Dr Męczkowski, doc. Orzechowski, Dr Pański i p. Szycówna. Sekretarzami wybrani Dr Bornstein, Koelichen, Łapiński, Mikulski, Bandrowski, Rothfeld, Jaroszyński, Jarkowski. Obrady toczyły się według bardzo dobrze ułożonego porządku dziennego przez cały czas trwania Zjazdu z niesłabnącem zajęciem. Uczestników Zjazdu podejmował prezes komitetu gospodarczego rautem, a komitet gospodarczy wieczerzą, w czasie której wygłoszono liczne przemówienia. Na Zjazd nadeszły mnogie depesze i pisma powitalne ze wszystkich ognisk naszego ruchu naukowego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Henryk Szczodrowski, rodem z Winnicy w Królestwie polskiem.

— Dr Karol Rudnicki, burmistrz m. Szczucina, odznaczony został tytułem radcy cesarskiego.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. XII. do 14. XII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 3 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej —, płonicy — † — (1 † —), odry 2, duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki 1, gorączki połogowej 1, róży 5. Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 5. XII. b. r. zostały m. i. przedstawione następujące prace: 1) p. J. Rotstadt: »Badania nad cytologią płynu mózgowo-rdzeniowego«; 2) p. T. Simchowicz: »Badania doświadczalne nad zmianami w ośredkowym układzie nerwowym, w zależności od gruczołów z wydzieliną wewnętrzną«; 3) p. M. Bornstein: Badania doświadczalne nad zmienami uciskowemi rdzenia«; 4) p. St. Lencewicz: »Przyczynek do sprawy wskaźnika szerokościo-długościowego czaszek ziem polskich«; 5) p. Lothowa-Niemirycz: »O rzadkim przypadku przebiegu listewek skórnych na stopie murzyna«; 6) p. Lothowa-Niemirycz: »Badania anatomiczno-antropologiczne nad kanałem wyrostków poprzecznych (canalis transversarius) kręgów szyjnych.

— Nowy miejski przytułek położniczy na 72 łóżka (w razie potrzeby liczba ta może być zwiększona do 100) został otwarty 15. XII. w doskonale urządzonym, nowo zbudowanym gmachu przy ulicy Karowej.

— »Gazeta lekarska« ogłasza konkurs im. B. Żebrowskiego z nagrodą rb. 100, na pracę z dziedziny bakteryologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w polskich pismach lekarskich w r. 1912.

— Dr Antoni Kędzierski zachęca lekarzy prowincyonalnych z okolic Warszawy do zgrupowania się w warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy odezwą, ogłoszoną w obu warszawskich tygodnikach lekarskich.

— »Medycyna i Kronika lekarska« zwiększa format pisma na modłę wszechświatową (22.6×82 cm) i ogłasza, że od roku 1913 płacić będzie za wszystkie artykuły honoraryum autorskie.

— Sanatoryum dla chorych piersiowych w Rudce zawiadamia pp. lekarzy, że drukowane informacye co do warunków przyjęcia do sanatoryum, oraz blankiety do wpisywania opinii lekarskiej można otrzymać: w Sanatoryum w Rudce (st. poczt, i kol. Mrozy, gub. Warsz.), w kancelaryi Komitetu Sanatoryum, Warszawa, Czysta 4, oraz u następujących lekarzy, członków Komitetu: Dr Edwarda Zielińskiego (wice-prezesa Komitetu), Warszawa, Senatorska 4, Dr Ottona Hewelke, Warszawa, Trębacka 15, Dr Józefa Skłodowskiego, Warszawa, pl. Aleksandra 2. Uprasza się pp. lekarzy o łaskawe wysyłanie piśmiennych opinii o stanie chorego bezpośrednio do Sanatoryum w Rudce, a to w celu umożliwienia zachowania dyskrecyi. Informacyi co do wakujących miejsc i terminu przyjęcia chorego udziela osobiście na miejscu w Sanatoryum w Rudce lub listownie Dyrektor Zakładu Dr St. Gałecki.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 9. XII. do 23. XII. 1912 przypadków: ospy 6 † —, płonicy 5 † 1, duru wysypkowego 2, róży 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 7/20. XII. 1912 znajdowała się uchwała o wartości leczniczej naturalnej wody mineralnej z pod gór Uralskich (»Spirydonowskiej)«, oraz wykłady Dr Polaka (z Warszawy): O organizacyi I. Zjazdu higienistów polskich we Lwowie i Dra Huszczy: Istota i warunki powstawania t. zw. chorób kesonowych. Na porządku dziennym zaś posiedzenia Wydziału przyrodniczego Związku w d. 5/18 XII. 1912 był wykład inż. Rundo: Wrażenia z pobytu na VI. Zjeździe międzynarodowym elektro- i radyologii ogólnej i lekarskiej w Pradze.

— II. międzynarodowy Zjazd dla spraw ratownictwa i zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom odbędzie się w Wiedniu 9—13 września 1913. Prezesami honorowymi są m. i. ministrowie Biliński, Długosz i Zaleski, do komitetu zaś należą m. i. prof. Finger, generał lekarz Dr Hordyński z Wiednia, prof. Wicherkiewicz, prof. Braun, Dr Zakrzewski z Krakowa, Dr Fels, Zgórski, Mikołajski i Stroynowski ze Lwowa.

Zmarli: Dr Władysław Tatarczuch, były lekarz miejski we Lwowie, założyciel polikliniki lwowskiej; chirurg prof. Genzmer w Halle, psychiatra prof. Wille w Bazylei.

Redakcya otrzymała: Sprawozdanie c. k. Krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1908 i 1909. Lwów 1912. — Dębiński: Dyagnostyka gruźlicy. Część I. Warszawa 1912 (wydawnictwo przy współudziale kasy im. Mianowskiego). Stron 121 (cena 1 rb.). — Mikulski: Auffassungs- und Merkversuche an Gesunden und Kranken mit besonderer Berücksichtigung des Gefühls der Sicherheit. Odb. »Psycholog. Arbeiten« 1912. — VI. Sprawozdanie Koła medyków wszechnicy lwowskiej za r. 1911/12. — Beck i Zbyszewski: Recherches sur les courants d'action dans les glandes sudoripares et salivaires. Bull. Acad. des scien. Cracovie 1912. — Mażylis: Przypadek krezki pierwotnej (wspólnej) u noworodka z torbielowatem przekształceniem nerek. Odb. »Nowiny lek.« 1912. — Guranowski: O organizacyi pracy umysłowej. Odb. »Medyc. i Kronika lek.« 1912. — Maksymilian Rose: Histologische Lokalisation der Grosshirnrinde bei kleinen Säugetieren. Journal für Psychologie u. Neurologie. 1912. Bd. 19. Ergänzungsheft 2.

Bibliografia.

»**Paris médical**«, ruchliwy tygodnik, wydawany pod redakcyą prof. Gilberta w nakładzie księgarni J. B. Baillière & fils w Paryżu, poświęcił pierwszy tegoroczny numer grudniowy wyłącznie chorobom dzieci, dając całorocany przegląd prac w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii dziecięcej, obok artykułów o urazach kośćca, zapaleniu płuc, operowaniu porażeń kurczowych, tarni dwudzielnej, rozpoznawaniu niezupełnych form krztuśca, ortopedyi u dzieci i t. d., pióra Dr Mouchet, Lereboullet, Schreibera, Weilla, Mouriquand, Forstera, Froelicha, Delcourta, Roederera, prof. Kirmissona i in.



Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1912.

Gazeta lek. Nr 51—52. Saski: O zawartości ciał swoistych w surowicach przeciwpneumokokowych Mercka oraz Drezdeńskiej (49—50). — Dembowska i Rzętkowski (dok. 49). — J. Jaworski: Przyszły zakład do badań nad rakiem w Warszawie (49). — Serkowski i Kraszewski: Zastosowanie refraktometru do badań chemiczno-fizyologicznych (50). — Popielski: Badania doświadczalne nad czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (51—52). — Ciechomski: W sprawie rentgenologii żołądka (51).

Medycyna i Kronika lek. Nr 49—52. Lubelski: W sprawie leczenia ostrego ropnego zapalenia stawu kolanowego (49—50). — Justman (dok. 49). — Lipsztat: W sprawie leczenia ostrego gośćca stawowego wstrzykiwaniami roztworu salicylanu sodu (50). — Zawadzki: W sprawie wynagrodzenia lekarzy w szpitalach warszawskich (50). — Zylberlastówna: Przyczynek do badań nad kiłą mózgowordzeniową (51—52). — Lewin: O stosowaniu starej tuberkuliny Kocha w gruźlicy płuc (51).

Tygodnik lek. Nr 49—52. Kostrzewski: Własności hemolityczne surowicy ludzkiej badane współcześnie na dwa do cztery rodzaje krwinek (49—50). — Berlstein i Nowicki (dok. 49—50). — Gröbel: Sprawa postępowania przy krwotokach położniczych na tegorocznym międzynar. Zjeździe ginekol. w Berlinie (49). — Machek: Operacya opadniętej powieki (50). — Schusterówna: Naczyniak jamisty w sercu noworodka.

Nowiny lek. Nr 12. Bieliński: Pięćdziesięciolecie Szkoły głównej Warszawskiej. — Łazarowicz: Współczesny stan przewlekłego nieżytu śluzówki macicy. Leczenie. — Chłapowski: Czerwony krzyż na Bałkanach.

Postęp okulist. Nr 11. Rumszewicz: O torbielach gruczołu Krausego. — Koszutski: Stan oczu u dzieci początkowych szkół w Kaliszu. — Koszutski: 12 przypadków »Scotoma heliecliptićum«.

Kronika dentyst. Nr 12. Krakowski (dok.).

Przegląd higieniczny Nr 12. Drexler (dok.).

Zdrowie Nr 12. Jaroszyński: O zapobieganiu nerwowości przez racyonalne wychowanie. — Łapiński T.: W sprawie projektu zakładu dla umysłowo chorych mieszkańców Warszawy. — Miszewski: Drewnica, zakład dla umysłowo chorych pod Warszawą. — Wisłocki: Sanatoryum dla nerwowo chorych w Karolinie. — Bregman: Zofijówka, zakład dla umysłowo chorych pod Otwockiem.

Nasze Zdroje Nr 26—27. Zaleski: O podkopywaniu powagi naszych uzdrowisk przez lekarzy. — Ashkenazy (dok). — 10-lecie Sanatoryum Dr Dłuskiego. — Włyński (dok.). — Orłowicz (dok.).— Tarnowski: Projekt ustawy sejmowej dla zdrojowisk i uzdrowisk. — Eksport galicyjskich wód mineralnych do Królestwa Polskiego.

Głos lekarzy Nr 24. Odezwa w sprawie świadectw dla uszkodzonych robotników. — Wzór umowy z kasami chorych. — Mikołajski (dok.).

Słowo lekarskie Nr 23—24. Stahr (dok. 23). — Badania uszkodzonych w praktyce kas chorych. (23). — Żydłowicz: W sprawie rozbiorów moczu przez laików (23). — Luster: Sprawozdanie z VII. Zjazdu delegatów Związku organizacyi lek. w Austryi (24). — Obrazki z praktyki (24). — Karykatura społecznej opieki (24). — Głośny proces lekarza o otrucie we Francyi (24).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Ervasin i Ervasin-Calcium. Dr Curt Ehrlich, Berlin (Deutsche Medizinal-Zeitung 1912, Nr 37).

Pod tą nazwą sporządza chemiczna fabryka Goedecke & Co. kwas acetyloparakreosotynowy i jego sól wapniową rozpuszczalną we wodzie i wprowadza je do obrotu. Połączenia te mają zastąpić kwas acetylosalicylowy i jego sole.

Ponieważ kwas acetyloparakreosotynowy jest w wodzie nierozpuszczalny, z drugiej zaś strony często odzywają się żądania rozpuszczalnegó we wodzie skutecznego przetworu salicylowego, i to nietylko dlatego, że często istnieje wstręt do proszków lub kołaczyków i że szczególniej dzieciom — zwłaszcza przy zawartości części poprawiających smak — łatwiej się podaje płyny, lecz także, ponieważ w pewnych przypadkach pożądane jest szczególnie szybkie działanie wskutek szybkiego wessania, przeto musiano dalsze doświadczenia w tym kierunku przeprowadzić, aby z kwasu acetyloparakreosotynowego wytworzyć przetwór rozpuszczalny w wodzie i odpowiedni do podawania w postaci ulegającej w żołądku wessaniu. Chodzi zatem o to, aby wynaleść sól rozpuszczalną w wodzie »Ervasinę«, która nietylko w postaci stałej, lecz także w rozczynie okazała się trwałą i nie wykazywała niepożądanych objawów ubocznych. Z soli ervasiny sporządzono sól sodową, litową i wapniową. Różne metody doprowadziły do wyników pomyślnych. Wprawdzie sól sodowa kwasu acetyloparakreosotynowego jest trwalszą, aniżeli kwasu acetylosalicylowego, lecz mimo to nie odpowiada wymaganiom w pożądanej mierze. Przeciw soli litowej przemawiają również pewne szczegóły, natomiast sól wapniowa, która zarazem okazała się najstalszą, zdaje się odpowiadać wszystkim wymaganiom; obok korzystnego działania kwasu acetyloparakreosotynowego występuje działanie wapnia, cieszące się właśnie w ostatnich czasach wielostronnem zastosowaniem i któremu obok działania uspokajającego przypisują wpływ korzystny na czynność serca.

Jako wskazania dla Ervasin-Calcium uważa się: ostry i przewlekły gościec stawowy i gościec mięśniowy, grypę, nerwobóle, gorączkę i wszelkie inne zakresy stosowania kwasu salicylowego. Dawkowanie w przypadkach lekkich 3—4—5 razy dziennie 1 gr. wzgl. dwa kołaczyki à 0·5 gr. Dzieciom połowa tej dawki. Ervasin-Calcium stosuje się w temsamem dawkowaniu i przyjmowane bywa przez chorych najchętniej w wodzie ocukrzonej, przez co zupełnie pokrywa się smak gorzkawo-mdły.

Hr. W.